FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N° 166

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul TRUFFERT

Né le 4 avril 1888 à Cherbourg,
Interne des Hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Caen.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

PHLEGMONS PÉRIMANDIBULAIRES

D'ORIGINE DENTAIRE

Travail du Service du Professeur P. SEBILEAU
à l'Hôpital Lariboisière.

Président : M. Pierre SEBILEAU, *Professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN PAUL LEGOUPIL

Tué à Fère-Champenoise le 9 sept. 1914.

A M. LE DOCTEUR MAURICE VIMONT ET A SA FAMILLE

Hommage d'affectueuse gratitude.

A MON COLLÈGUE ET AMI LE DOCTEUR L.-P. VALLERY-RADOT

Témoignage de notre profonde et sincère amitié.

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien de la Pitié.

Hommage de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour son enseignement précieux, ses conseils éclairés, sa bienveillante affection.

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR FERNAND LEMAITRE

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu guider mes débuts en otologie.
Hommage de sincère gratitude.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique.
Membre de l'Académie de Médecine.

Témoignage de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse, ainsi que pour le bienveillant et affectueux accueil qu'il m'a réservé dans son service et dans son laboratoire d'anatomie.

A mes Maîtres de l'École de Médecine de Caen

MM. les Docteurs GIDON (in memoriam), AUVRAY (in memoriam), BARETTE (in memoriam), CATHOIS (in memoriam), GOSSELIN (in memoriam), VIGOT, CHARBONNIER, LECORNU, LÉGER, ANDRAIN.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Médecine :

MM. les Docteurs LE NOIR, médecin de l'hôpital St-Antoine.
NETTER, médecin de l'hôpital Trousseau.
NAGEOTTE, médecin de la Salpêtrière.
MM. les Docteurs COURCOUX, J. CAMUS, P. CAMUS, médecins des Hôpitaux de Paris.

Chirurgie :

MM. les Docteurs ARROU, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
FREDET, chirurgien de l'hôpital de la Charité.
MM. les Docteurs ALGLAVE, GERNEZ, MOURRE, SAUVÉ, SORREL, TOUPET, chirurgiens des Hôpitaux de Paris.

Oto-rhino-laryngologie :

M. le Professeur SEBILEAU, professeur de la Clinique oto-rhino-laryngologique.
MM. les Docteurs F. LEMAITRE, GRIVOT, oto-rhino-laryngologistes des Hôpitaux de Paris.

A MM. les Docteurs P. GIBERT (in memoriam), HALPHEN, ROUGET, DUFOURMENTEL.

A mes collègues René MIÉGEVILLE, Fl. BONNET-ROY.

INTRODUCTION

C'est à Chassaignac qu'est due la première classification des complications suppurées des lésions dentaires en deux catégories : *abcès osseux* avec altérations gingivales périostiques et du maxillaire lui-même; *abcès angioleucitiques* par inflammation des réseaux, cordons et ganglions lymphatiques.

Gosselin dans ses cliniques chirurgicales de la « Charité » adopte cette dualité et en précise les caractères : abcès odontopathiques : les *uns* débutent par l'os, le périoste et se confinent au tissu cellulaire voisin sans participation de l'appareil lymphatique; dans les *autres cas*, l'inflammation envahit un ou plusieurs ganglions et se propage ensuite au tissu cellulaire qui entoure ces ganglions.

Depuis, les auteurs classiques ont admis sans discussion cette conception qu'ils ont propagée.

Pour eux, en effet, les manifestations phlegmoneuses qui se développent dans le voisinage du maxillaire inférieur, au cours d'une carie dentaire, sont de deux ordres :

1° ***L'ostéo-périostite du maxillaire inférieur à développement facial*** : l'accès chirurgical de la collection se fait à travers la muqueuse, plus rarement à travers les téguments, la voie étant imposée par l'évolution de la suppuration.

2° ***Les adéno-phlegmons sous-maxillaires, sus-hyoïdiens, angulo-maxillaires*** dont l'évolution se fait vers la région cervicale. L'évacuation du pus se fait par une incision cutanée.

Le bord inférieur de la mandibule sert même, dans l'enseignement de ces auteurs classiques, à établir une démarcation entre l'une et l'autre de ces complications.

Si les manifestations siègent au-dessus du bord du maxillaire ou y prédominent, nous sommes en présence d'une ostéo-périostite; au contraire, si le maximum des lésions est sous-jacent à cette ligne, le malade est atteint d'un adéno-phlegmon.

Notre Maître, M. le Professeur Sebileau, a repris cette étude et de nombreuses observations l'ont conduit à des conclusions qui diffèrent totalement des données classiques. La distinction classique entre les complications ostéo-périostiques à développement facial et les complications ganglionnaires à évolution cervicale, ne saurait être maintenue. Il existe, en effet, au cours de la carie dentaire, des périostites phlegmoneuses de la face interne du maxillaire inférieur, dont le développement se fait dans le plancher de la bouche, pour venir déborder dans les régions sous-maxillaire, angulo-maxillaire, ou sus-hyoïdienne. Cette notion de *périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire infé-*

rieur acquise par l'examen de nombreux cas cliniques, nous conduit à nier l'existence des adéno-phlegmons sous-maxillaires, sus-hyoïdiens ou angulo-maxillaires, en tant que complications d'une carie dentaire. De plus, un certain nombre des symptômes attribués par les classiques à ces adéno-phlegmons relèvent de la périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur.

En résumé, toutes les manifestations phlegmoneuses de la région mandibulaire secondaires à une carie dentaire sont des phlegmons sous-périostés, des ostéo-phlegmons, tirant leur origine d'une propagation directe de l'infection alvéolaire.

A ces lésions d'un type unique, on ne saurait opposer qu'un traitement unique, toujours identique à lui-même et s'adressant non seulement à la manisfestation phlegmoneuse, mais encore, et surtout, à sa cause, la dent cariée, point de départ de l'infection.

L'exposé si clair, fait par le M. Professeur Sebileau, à la *Société de Chirurgie*, le 31 Octobre 1917, n'a pas été sans soulever des objections et des protestations. C'est pourquoi nous avons sollicité de notre Maître l'autorisation de présenter ce travail entièrement écrit sous son inspiration, et qui, nous l'espérons, est le reflet aussi exact que possible de son enseignement. Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour la confiance qu'il a bien voulu nous témoigner dans cette circonstance et pour l'affectueuse bienveillance avec laquelle il nous a guidé dans nos travaux.

Nous avons essayé de répondre par avance aux objections que peut soulever la conception nouvelle, et nous

avons trouvé nos meilleurs arguments chez les auteurs mêmes de la classification admise jusqu'à ce jour.

Nous éliminerons systématiquement du cadre de notre étude l'ostéomyélite diffuse de l'enfant et les accidents de la dent de sagesse qui forment chacun un chapitre à part dans la pathologie mandibulaire, l'infection frappant l'os à une période active de son évolution. Toutefois, nous tenons à affirmer que tous les accidents de « dent de sagesse » examinés par nous depuis une année environ, accidents dont un certain nombre simulaient un adéno-phlegmon angulo-maxillaire, se révélaient ostéo-phlegmon dès que la dent enlevée le pus avait issue à l'extérieur par l'alvéole (*).

(*) La documentation de ce chapitre est tirée en partie de notes rassemblées par M. Sebileau, en vue d'une prochaine leçon.

ÉTUDE CLINIQUE DES PÉRIOSTITES PHLEGMONEUSES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Etiologie - Pathogénie.

Les causes prédisposantes sont celles de la carie dentaire en général.

Le sexe féminin est atteint dans 3/5 des cas, de 13 à 25 ans.

Les classes pauvres, les individus mal nourris qui méconnaissent les soins de l'hygiène buccale sont le plus souvent atteints. Cependant certaines affections chroniques : la tuberculose avec sa déminéralisation, la syphilis, la grossesse, peuvent entraîner la carie dentaire chez les individus les plus soigneux.

Cause déterminante. — L'ostéo-périostite du maxillaire inférieur est secondaire à une dento-myélite ou pulpite, stade ultime de la dentite. Quelquefois, elle est provoquée par un lavage brutal et intempestif de la chambre pulpaire ou par une exploration septique du canal dentaire.

Le plus souvent, l'infection envahit de proche en proche gagnant le fond de l'alvéole. Ce stade de mono-arthrite apicale peut persister plus ou moins longtemps, même être définitif, si le pus s'évacue par le canal dentaire.

En général, soit primitivement, cette évacuation n'ayant pas lieu, soit secondairement à une obstruction du canal dentaire, entraînant de la rétention, le pus fuse. La fusée purulente peut se faire à travers le ligament alvéolo-dentaire qui s'infiltre et se décolle ; le pus apparaît alors au collet de la dent ou sous la muqueuse gingivale.

Dans un grand nombre de cas, l'infection envahit de proche en proche, franchissant les pertuis osseux de la paroi alvéolaire ou séquestrant cette paroi en un point; elle gagne la cavité médullaire donnant le tableau de l'ostéomyélite. Le pus collecté à l'intérieur de l'os a une tendance spontanée à se faire jour à l'extérieur, sous le périoste. C'est l'*abcès sous-périostique*, manifestation de l'ostéo-périostite. Cette suppuration du fait de la virulence des agents pathogènes prend le plus souvent un caractère phlegmoneux.

L'ostéo-périostite phlegmoneuse se trouve donc être le chaînon ultime de l'infection dont le point de départ est la carie dentaire.

Très anormalement, la périostite phlegmoneuse pourrait être secondaire à une ulcération gingivale. Caumartin, élève de Dubar, ayant observé des lésions d'ostéo-myélite « chez un sujet dont les dents étaient saines, mais dont les gencives avaient été infectées par

des scarifications, soutient dans sa thèse l'affirmative. Nous contestons la valeur de son observation, car, son malade, âgé de 27 ans, n'avait pas ses dents de sagesse et la lésion était localisée à la région de l'angle de la mâchoire : il pouvait donc s'agir d'une inclusion de la dent de sagesse ». (M. Ombrédanne *in Traité de Chir.* Le Dentu et Delbet*)*.

Des cas d'ostéo-périostite phlegmoneuse ont été relatés par M. Sebileau, chez lesquels il n'existait aucune carie dentaire, mais une arthrite purulente de l'articulation alvéolo-dentaire.

La pulpite aiguë peut avoir une porte d'entrée apicale (Pietkewiez). Dans ce dernier cas, le pus a une tendance naturelle à fuser et une périostite phlegmoneuse pourrait résulter de l'absence de traitement.

Symptômes.

On peut décrire à l'ostéo-périostite phlegmoneuse une *période prodromique* ou de *mono-arthrite apicale* qui existe toujours à l'origine de la périostite phlegmoneuse.

1. — ***Période prodromique ou de mono-arthrite apicale***. — La caractéristique de cette période est la *douleur* dont le point de départ est la dent cariée.

Celle ci, soulevée par la suppuration du fond de l'alvéole est « *allongée* »; de plus, du fait du relâchement de ses connexions avec l'alvéole, elle est « *mobile* ».

De là résulte l'exacerbation de la douleur par les mouvements de mastication et par ceux de la langue.

A l'examen, la dent est douloureuse à la pression et légèrement mobile.

Alors apparaît la « *fluxion* », œdème mou tremblotant, gélatiniforme, d'un volume parfois considérable et s'accompagnant de rougeur de la peau. La fluxion siège à la face, dans la région maxillaire ou même sous-maxillaire. Cet œdème qui, pour les classiques, relève d'une lymphangite ou d'une cellulite septique, est peut-être, dans certains cas, la manifestation d'une suppuration profonde qui acquiert un type spécial du fait de la richesse du tissu cellulaire lâche de la face.

Cette phase prodromique peut être définitive. Le pus s'évacue par le canal dentaire ou à travers le ligament alvéolo-dentaire apparaissant à la sertissure gingivale; il peut également se collecter sous la muqueuse donnant un abcès de la gencive ou parulie qui s'ouvre spontanément ou que l'on incise. Tout rentre alors dans l'ordre, mais le malade reste à la merci d'une nouvelle infection, si averti par cette alerte, il ne fait pas rapidement traiter la dent cariée. Mais le plus souvent, après une durée de 6 jours à 2 semaines, entrecoupée alors de rémissions, l'affection évolue vers sa période d'état ou de *périostite phlegmoneuse*.

II. — ***Période d'état ou d'ostéo-périostite phlegmoneuse***. **Symptômes fonctionnels et généraux** : La douleur devient violente, lancinante, empêchant le sommeil. C'est une sensation de tension

et de battements extrêmement pénible (*Période de térébration de l'os*... (Sebileau).

La *température* atteint 38°-39°. L'*haleine* est fétide, fécaloïde; la *langue* blanche et saburrale.

Le malade est pâle, fatigué; il vient chercher un soulagement à une douleur qui le prive de sommeil et à une affection qui entrave plus ou moins complètement son alimentation.

Symptômes physiques. — L'ostéo-périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur se présente, à l'examen des signes physiques, sous des aspects essentiellement différents suivant la voie suivie par le pus lors de sa migration à travers le maxillaire; selon que cette migration s'effectue vers la face externe ou vers la face interne de l'os.

A. ***Ostéo-périostite de la face externe du maxillaire***. — Cette variété a fait l'objet des descriptions classiques auxquelles nous ne saurions rien ajouter.

Dans ce cas, différentes éventualités peuvent se rencontrer selon que l'extériorisation du pus se fait au-dessus ou au-dessous du fond du cul-de-sac gingivo-jugal et suivant la virulence de l'infection.

α) **Le pus apparaît dans le cul-de-sac gingivo-jugal.** — Le pus ayant fusé à travers la paroi alvéolaire, on voit survenir une petite tuméfaction douloureuse sur le versant mandibulaire du cul-de-sac.

Dans les cas subaigus, cette tuméfaction est bien limitée, du volume d'un pois ou d'une noisette.

Dans les cas aigus, la tuméfaction est plus diffuse et remplit le cul-de-sac.

Cet abcès vestibulaire, si on ne l'évacue précocement, s'ouvrira de lui-même à l'extérieur et guérira spontanément. Il peut cependant laisser après lui une petite fistule.

β) **La migration du pus se fait au-dessous du cul-de-sac.** — Dans le cas d'infection subaiguë on assistera à l'apparition d'une petite tuméfaction fluctuante collée à la face externe du maxillaire et dont le volume peut atteindre celui d'une grosse noix (Observation I).

Le plus souvent, l'évolution se fait suivant un type nettement phlegmoneux, l'infection revêtant tous ses caractères d'acuité. C'est le type classique de l'ostéo-périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur.

Le corps de l'os augmente de volume au voisinage de la dent infectée. La tuméfaction est visible à travers les téguments soulevés, œdémateux et rouges. Elle a un siège nettement facial, au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur et la déformation qu'elle entraîne est trop caractéristique et trop connue pour qu'il soit besoin d'y insister.

Le *trismus est très marqué*; c'est avec peine et en provoquant une douleur atroce qu'on arrive à écarter légèrement les mâchoires. En effet, à cette période, la contracture réflexe s'augmente d'un certain degré de myosite du masséter, surtout dans les lésions postérieures, les plus fréquentes d'ailleurs.

A l'examen du vestibule on constate, à la vue, et encore mieux au toucher, que le sillon gingivo-jugal est comblé par un bourrelet dur, saillant et douloureux à la palpation avec son maximum de douleur au regard de la dent malade.

Ce bourrelet, constitué par le périoste soulevé, se ramollit bientôt et finalement s'abcède; le pus s'évacue alors par la bouche. Dans d'autres cas, le pus fuse dans le tissu cellulaire de la région; il y donne naissance à un abcès, parfois très étendu qui, à son tour, va s'ouvrir à la peau, généralement dans la région sous-maxillaire postérieure ou dans la région jugale.

Si on arrive à vaincre le trismus et à glisser un doigt dans la cavité buccale, on constate que :

1° Le plancher de la bouche est souple et absolument libre.

2° La face interne du maxillaire inférieur est indemne; quelquefois on peut rencontrer un léger œdème sous-périosté et toujours une douleur plus ou moins vive répondant à l'alvéole infecté.

3° La dent malade explorée au doigt ou mieux au crochet est mobile et atrocement douloureuse. L'intensité de la douleur est cependant variable; nous l'avons vue, dans des cas exceptionnels faire complètement défaut.

Enfin, il est un symptôme décrit par Vincent d'Alger dans l'ostéo-myélite du maxillaire inférieur et qui peut se rencontrer dans les cas qui nous occupent; c'est une zone d'anesthésie commençant vers le trou mentonnier et située à la partie latérale du menton et de la lèvre inférieure. Cette anesthésie relève de la compression du nerf dentaire inférieur dans un canal osseux.

B. ***Ostéo-périostite de la face interne du maxillaire inférieur.*** — Les petites collections limitées qui peuvent apparaître sur le versant interne

de la crête mandibulaire sont en tout point identiques à celles que nous avons décrites sur le versant externe.

La similitude s'étend également au cas où la virulence de l'infection étant plus accusée, la réaction est plus étendue sur la face interne du maxillaire.

C'est l'*ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur* identifiée par notre Maître M. Sebileau et isolée par lui des adéno-phlegmons sous-maxillaires.

La perforation osseuse peut se faire au-dessus ou au-dessous du mylo-hyoïdien.

α) **Perforation au-dessus du mylo-hyoïdien.** — L'empâtement débute à la face interne du corps du maxillaire collé contre l'os, à la partie externe du plancher de la bouche et séparé nettement du bord inférieur de l'os par un sillon. Rapidement, au bout de 24 ou 48 heures, la masse inflammatoire s'étend, envahissant plus ou moins largement la face interne du corps du maxillaire inférieur.

La tuméfaction apparaît alors au-dessous du maxillaire, présentant un maximum sous-maxillaire, angulo-maxillaire ou sus-hyoïdien suivant le siège de la dent cariée, point de départ de l'infection. Elle refoule au-devant d'elle les organes de ces régions, et en particulier les ganglions qui peuvent être perçus à la surface. Le plus souvent ceux-ci sont pris dans la masse inflammatoire qui avoisine la collection et ne peuvent alors être perçus. Le trismus est d'intensité variable, lié à la réaction du ptérygoïdien interne dont les insertions mandibulaires peuvent être atteintes par le processus inflammatoire.

La dysphagie est très marquée du fait de l'envahissement toujours très étendu du plancher de la bouche. Les mouvements de la langue réveillent une douleur très vive pouvant irradier vers l'oreille; la gêne de déglutition qui en résulte se manifeste par l'écoulement, au niveau de la commissure, de la salive dont la sécrétion est augmentée.

La fétidité de l'haleine est plus accentuée dans cette variété. Le sillon gingivo-jugal est libre, non douloureux, sauf à la pression au niveau de l'alvéole infecté.

Par contre, le doigt explorant le plancher de la bouche, perçoit une masse dure, rénitente, douloureuse, s'étendant plus ou moins loin suivant le volume de la collection. On arrive également à sentir souvent le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire refoulé par la masse inflammatoire.

Au bout d'un temps variable, généralement 3 ou 4 jours, pendant lequel le malade éprouve des douleurs atroces empêchant le sommeil, et les symptômes généraux propres à l'intensité de l'infection, la collection s'abcède.

Elle vient s'ouvrir au plancher de la bouche, à peu de distance du maxillaire, et les signes douloureux de tension de la poche s'atténuent; mais la suppuration persiste en général longtemps. Le pus est dégluti d'une façon permanente par un individu infecté, survient la *cachexie buccale* (Chassaignac, Sébileau, Terrier) avec son teint plombé, signature d'une intoxication profonde. Dans certains cas, le pus fusant à travers le mylo-hyoïdien ou contournant son bord postérieur, la tumé-

faction apparaît au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Cette tuméfaction sous-maxillaire est primitive lorsque la perforation osseuse siège au-dessous du mylo-hyoïdien.

β) **La perforation se fait au-dessous des insertions du mylo-hyoïdien.** — Dans ce cas elle siège plus ou moins près du bord inférieur de l'os : *forme basilaire* de M. Sebileau.

Cette variété est le véritable pseudo-adéno-phlegmon. La suppuration se collecte en effet dans cette région où l'on a coutume de localiser les ganglions sous-maxillaires.

D'emblée, l'empâtement, qui répond à la dent malade, est collé au bord inférieur du maxillaire et il apparaît dans les régions sus-hyoïdienne, sous-maxillaire ou angulo-maxillaire suivant le siège de la dent malade.

Le *trismus* est d'emblée intense.

Le *sillon gingivo-jugal* est complètement libre.

Le *plancher de la bouche* est très rapidement dur et infiltré. Mais, là encore, la collection communique avec l'alvéole infecté; d'abord sous-périostée, elle est ensuite extra-périostée et peut s'ouvrir à l'extérieur ou fuser dans les espaces cellulaires du cou.

Le siège cervical des phénomènes inflammatoires dans une région avoisinant des loges ganglionnaires avait impressionné les anciens auteurs et entraîné leur conviction.

Il est une localisation de l'*ostéo-périostite phlegmoneuse* de la face interne du maxillaire inférieur sur laquelle nous tenons à attirer l'attention :

C'est l'**ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne de**

la branche montante. Cette variété clinique a été signalée par Escat en 1908 et nous en relatons plus loin une observation communiquée par notre collègue et ami Fl. Bonnet-Roy (Obs. XXII).

Cette ostéo-périostite est caractérisée par de la *dysphagie*, du *trismus intense*, des *douleurs maxillo-pharyngo-linguales*.

A l'examen, rendu difficile par un trismus qui résiste même quelquefois à l'anesthésie générale, on constate :

Une carie de la dent de sagesse inférieure, une infiltration inflammatoire du bourrelet ptérygo-maxillaire, le refoulement de l'amygdale vers la ligne médiane.

La palpation confirme les données de la vue.

Cette forme tire sa particularité du voisinage de la loge amygdalienne, si bien que la suppuration périostique a pu en imposer pour un phlegmon de cette loge.

Abandonnée à elle-même, la collection s'abcède : soit au niveau du rebord alvéolaire, soit au bord externe du segment inférieur du bourrelet ptérygo-maxillaire, c'est-à-dire au niveau de la dernière molaire, soit à la peau de la région sous-angulo-maxillaire : « Dans ce cas, il se forme un abcès qui peut en imposer pour une adénite suppurée du ganglion de Chassaignac. »

C. ***Forme Mixte***. — En dehors des formes cliniques nettement individualisées que nous avons décrites, et dans lesquelles l'infection atteint, soit la face externe, soit la face interne du maxillaire, il est des cas très nombreux où l'infection frappe à la fois l'une et l'autre de ces faces (Obs. XXIII, XXIV, XXV, XXVI.)

Les périostes interne et externe de la mandibule

peuvent être infectés soit *successivement* : extension à la face interne d'une suppuration externe, cas peu fréquent ; ou bien, extension à la face externe d'une infection primitivement localisée à la face interne : cas moins rare ; soit *simultanément* : il est des cas, et ce sont les plus nombreux, dans lesquels l'interrogatoire le plus serré du malade ne permet pas de préciser le point initialement atteint. Dans ces cas, la perforation est basilaire et a subi une évolution ascendante.

Quoi qu'il en soit, les symptômes de cette variété clinique consistent en une superposition des signes des deux formes précédemment décrites.

Cependant, l'intensité, peut-être plus marquée, des symptômes généraux, témoigne d'une virulence plus grande de l'infection.

Evolution — Complications.

Nous avons signalé chemin faisant, le processus de guérison spontanée ; malgré sa fréquence relative, cette guérison n'est que transitoire, c'est un simple refroidissement passager, les lésions persistent et une nouvelle infection trouve un chemin préparé ; il faut se garder de l'attendre.

En effet, si on applique à l'ostéo-périostite phlegmoneuse un traitement précoce et suffisant, la guérison survient après une durée de 5 à 20 jours en moyenne. Au contraire, un traitement insuffisant ou nul expose le malade à des complications quelquefois mortelles.

Ces complications sont de deux ordres :

Complications générales.

Complications locales.

Complications générales. — Ces complications surviennent chez les individus fatigués ou frappés par une infection d'une virulence extrême, peut-être due à la présence d'anaérobies.

C'est la *septicémie buccale sans détermination anatomique* de M. Sebileau.

Le malade, après avoir quelquefois présenté des abcès métastatiques, meurt avec des symptômes d'intoxication profonde alors que les accidents locaux ont rétrocédé ou même disparu, comme dans l'observation rapportée par MM. L. Dufourmentel et L. Frison.

La température présente de grandes oscillations. Les urines, peu abondantes, peuvent renfermer de l'albumine d'une façon d'ailleurs inconstante; le pouls est petit, rapide et dépressible; le faciès excavé et plombé. Des escharres apparaissent et le malade meurt dans l'adynamie en 8 à 30 jours.

Complications locales. — Les complications locales sont, elles aussi, influencées par la virulence de l'infection.

Dans le cas d'infection suraiguë, peut être à anaérobies, et chez un organisme débilité, nous pouvons rencontrer les deux formes de septicémie buccale décrites par M. Sebileau.

a) **Septicémie lympho-phlegmoneuse du cou.** — « Cellu-
« lite phlegmoneuse diffuse du cou, généralement secon-
« daire à des ulcérations muqueuses qui peuvent accom-
« pagner la carie dentaire.

« La mort survient avec des symptômes d'intoxication « bulbaire : *Dyspnée, pouls petit, dépressible, irrégulier*; « *hypoglobulie.*

« Pas de phénomènes cérébraux, la lucidité restant absolument complète.

« La température oscille au voisinage de 38°5, au « point de vue physique, empâtement diffus de tout le « cou; à l'incision, écoulement de sérosité abondante et « existence de débris sphacéliques. »

En un mot : *syndrome de l'angine de Ludwig*.

b) **Septicémie phlebo-phlegmoneuse.**

L'infection gagne les veines de la face, de l'orbite, de la base du crâne et les sinus dure-mériens.

Deux types : F. *phlébitique simple*. F. *phlébo-phlegmoneuse* aboutissant à la mort dans l'hyperthermie avec délire, puis coma.

Fusées purulentes. — Les complications suraiguës sont heureusement exceptionnelles. Généralement, le pus a une tendance à fuser vers les espaces voisins.

Ces fusées varient avec la forme de périostite dont elles sont la conséquence.

1° ***Ostéo-périostite de la face externe***. — Dans ce cas, où la collection est faciale, les fusées auront une tendance à se faire vers les espaces cellulaires de la face.

Espaces musculaires : myosites suppurées du masséter ou du temporal.

Espaces péri-musculaires : abcès de la fosse temporale, quelquefois éloignés de leur point de départ.

Arthrite temporo-maxillaire, laissant après elle une ankylose souvent irréductible.

Espaces vasculaires : périphlébite et même thrombophlébite de la veine faciale avec son pronostic très sérieux.

Quelquefois les fusées se font vers la région cervicale, mais celles-ci sont plutôt le fait de :

2° ***Ostéo-périostite de la face interne.*** — Le plus souvent, les fusées se font dans les espaces cellulaires du cou, donnant naissance aux différents types de phlegmons cervicaux plus ou moins étendus et pouvant s'abcèder en des endroits multiples et variés, quelquefois très éloignés de leur point de départ; région sus-sternale par exemple.

Le pus peut également envahir la *loge vasculaire* et donner lieu soit à des *hémorragies foudroyantes* d'origine carotidienne ou jugulaire, soit à des *thrombophlébites* des troncs veineux cervicaux et en particulier de la *jugulaire interne*.

Ces complications peuvent être mortelles, mais si le malade en guérit, ce n'est le plus souvent qu'incomplètement. En effet, si elles ne reçoivent un traitement approprié et précoce, elles peuvent laisser après elles des *séquelles*.

Les plus fréquentes parmi ces séquelles sont : *les fistules dentaires*, bien connues depuis les leçons cliniques de Reclus.

Celles-ci sont exceptionnellement, dans les cas qui nous occupent, sous la dépendance d'un séquestre. Les séquestres osseux succèdent, le plus souvent, à l'ostéomyélite des enfants ou aux accidents de la dent de sagesse. Dans ce cas, l'infection frappe un os à une période active de son évolution.

La *contracture des mâchoires* peut égalememt succéder à une myosite ou à une arthrite temporo-maxillaire. Il faudra la combattre d'une manière aussi précoce que possible.

Enfin la dent malade peut être le point de départ de *kystes dentaires* ou de *tumeurs de la mâchoire.*

De l'adéno-phlegmon secondaire à la carie dentaire.

C'est volontairement que nous avons réservé l'étude de cette complication de l'ostéo-périostite phlegmoneuse. En effet, bien que signalée comme fréquente dans tous les traités classiques, il ne nous a pas été donné d'en observer. Bien plus, chaque fois qu'un malade s'est présenté à nous avec tous les symptômes classiques de l'adéno-phlegmon secondaire à une carie dentaire, l'examen clinique nous a conduit au diagnostic d'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur. Ce diagnostic s'est d'ailleurs trouvé confirmé par la communication de la collection extra-osseuse avec l'alvéole de la dent cariée.

Ce sont ces constatations répétées qui nous ont amené à conclure à *l'inexistence de l'adéno-phlegmon en tant que complication de l'ostéo-périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur.*

Bien plus, dans les cas où la communication intra-osseuse n'était plus perméable, une exploration douce de l'alvéole au stylet ou au crochet permet le plus souvent de rétablir la perméabilité. Enfin, en cas d'échec

de cette exploration, l'incision de la poche nous a le plus souvent conduits sur de l'os dénudé.

Ces faits d'observations cliniques nous permettent d'être absolu dans l'opinion que nous émettons.

Nous connaissons l'existence des adénites sous-maxillaires, angulo-maxillaires ou sus-hyoïdiennes que l'on rencontre chez les individus porteurs de dents cariées. Les adénopathies ne relèvent en rien des lésions dentaires ou osseuses; elles sont liées aux ulcérations gingivales ou aux excoriations qui peuvent se produire sur la muqueuse au voisinage du collet de la dent, point de départ de la carie dans la majorité des cas.

Nous publions plus loin des observations (Obs. XXIII). dans lesquelles le malade porteur d'une carie dentaire se présente à nous avec tous les signes classiques de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Dans ces cas, nous avons pu percevoir un petit ganglion superficiel refoulé par l'abcès et sous la dépendance de bourgeons ulcérés qui masquaient les lésions de carie dentaire. Ces malades étaient atteints d'une ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur.

C'est la notion de cette origine muqueuse et exclusivement muqueuse des adénopathies qui nous a amené à faire, dès le début de cette étude, des réserves sur la possibilité des adéno-phlegmons sous-maxillaires ou angulo-maxillaires secondaires aux accidents muqueux de la dent de sagesse. Il ne nous a cependant pas été donné d'en observer personnellement.

Certains arguments nous paraissent militer en faveur de l'opinion de M. le Professeur Sébileau.

1° *Il ne nous a pas été possible de retrouver une observation d'adéno-phlegmon du cou consécutif à une ostéo-périostite du maxillaire supérieur*, bien que le réseau lymphatique du système maxillaire supérieur ait les mêmes aboutissants que celui du maxillaire inférieur.

Ce fait avait déjà soulevé des doutes dans l'esprit de Gosselin. Il admettait l'adéno-phlegmon sans pouvoir en expliquer la pathogénie d'une façon satisfaisante. « Il y a là, écrit-il, un *nescio quid*. D'abord beaucoup de sujets ont des dents cariées sans avoir d'adénite. Ensuite, pour admettre le point de départ dans un lymphatique de la pulpe, il faudrait être certain que les lymphatiques existent dans cette pulpe; quant à moi, je ne les ai jamais vus. Enfin, autre bizarrerie, nous ne voyons que très rarement l'adéno-phlegmon causé par des maladies des dents supérieures, lesquelles n'engendrent que l'ostéo-périostite ».

Comment évoluent les lésions à la mâchoire supérieure?

L'infection ou bien s'extériorise à l'une des faces vestibulaire ou buccale du maxillaire, ou bien elle envahit le sinus maxillaire donnant un empyème, puis une sinusite si la muqueuse sinusale réagit par elle-même.

L'infection persistant, elle peut envahir l'orbite et donner lieu aux complications oculaires mises en évidence par M. le Professeur de Lapersonne : névrite optique, rétinite, phlegmon de l'orbite avec leurs conséquences.

Pourquoi l'ostéo-périostite évoluerait-elle systématiquement d'une façon différente au maxillaire inférieur?

La proximité? Mais n'est-elle pas plus simple et plus voisine encore, notre conception qui remplace la contiguïté par la continuité et qui rétablit l'homologie de l'évolution d'une même affection aux deux mâchoires.

2° *On nous objectera peut-être que l'incision externe, bien que ne supprimant pas la lésion originelle, amène le plus souvent la guérison rapide sans fistules.*

A cela nous répondrons :

a) La guérison par incision cutanée est liée uniquement à la situation déclive de la perforation osseuse qui, dans la forme clinique envisagée, est le plus généralement basse.

b) Dans les cas où une fistule persiste ou même s'établit spontanément, le traitement de cette fistule est l'avulsion de la dent ou du chicot. Ce traitement est à l'heure actuelle admis par tous sans discussion.

Il va de soi, et nous y insistons, que nous éliminons le cas d'un séquestre osseux, le séquestre est plutôt le fait de l'ostéomyélite des jeunes ou des accidents de la dent de sagesse.

Enfin, nous publions un certain nombre d'observations (Observations XII, XIX, XX) dans lesquelles le diagnostic posé, en dehors de la clinique de Lariboisière, était adéno-phlegmon, et dans lesquelles nul autre diagnostic ne pouvait être posé si on s'en rapportait aux données classiques. Dans toutes ces observations, la guérison a été obtenue par l'avulsion dentaire.

Nous attirerons particulièrement l'attention sur l'observation XX, dans laquelle le diagnostic posé et

le traitement effectué visaient un adéno-phlegmon. La malade continuant à souffrir vint à Lariboisière où nous pratiquâmes l'avulsion de la dent cariée. Le lendemain du sang tachait le pansement appliqué sur l'incision cutanée faite en dehors du service quelques jours auparavant.

Cette observation démontre avec précision la communication entre l'alvéole et le foyer cervical.

Diagnostic.

Le diagnostic d'ostéo-périostite phlegmoneuse s'impose de lui-même toutes les fois qu'une collection se développe au niveau de la mandibule à la suite d'une poussée de mono-arthrite apicale.

L'abcès sous-périosté du rempart alvéolaire ne sera pas confondu avec l'*abcès de la gencive* ou *parulie*. Dans ce dernier cas, la collection est moins bien limitée, la tuméfaction moins rénitente, la fluctuation beaucoup plus superficielle. L'abcès incisé, le stylet ne rencontre nulle part d'os dénudé.

Les kystes radiculo-dentaires infectés ; l'actinomycose du maxillaire inférieur ; les gommes syphilitiques ; *la tuberculose du maxillaire inférieur* : *le sarcome du maxillaire inférieur* ne peuvent prêter à confusion que dans des cas si exceptionnels, et la différenciation en est si facile par un examen sérieux que nous ne saurions insister sur ce chapitre de diagnostic différentiel.

Cependant, la tuberculose du maxillaire inférieur

peut prendre, du fait d'une infection surajoutée, une évolution phlegmoneuse. Ces cas, où il existe toujours une dent cariée ou une arthrite, point de départ de l'infection, rentrent dans le cadre de notre description et relèvent de la même thérapeutique.

Diagnostic de l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur. — *Le phlegmon du plancher de la bouche*, dans sa forme limitée, simule de très près la périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire. En dehors de ces cas où l'origine traumatique de l'infection rend la confusion impossible, le phlegmon du plancher de la bouche reconnaît généralement comme origine une lésion périostique de la face interne du maxillaire inférieur en rapport avec une carie dentaire.

Dans ces cas, ce que les classiques appellent *phlegmon du plancher de la bouche* est une périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire avec collection au-dessus du mylo-hyoïdien. D'ailleurs, M. le Professeur Hartmann, dans l'excellent article du *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus, nous autorise à cette conclusion quand il écrit : « Le plus fréquemment « il (le phlegmon circonscrit du plancher de la bouche) « résulte de la propagation d'une inflammation voisine, « en particulier d'une périostite de la face interne du « maxillaire et s'accompagnant d'un abcès qui a fusé à « la face supérieure du mylo-hyoïdien », et plus loin : « La fréquence du point de départ périostique de ces « abcès fait que l'on doit toujours, en dépit de l'œdème « lingual alarmant, rechercher s'il n'existe pas un foyer

« sous-périostique accessible, une dent malade à « extraire. »

L'adéno-phlegmon sous-maxillaire a été longtemps confondu avec la périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur. Nous trouvons, dans tous les traités, le diagnostic par opposition de symptômes, devenu classique depuis Tillaux. Nous ne saurions l'exposer d'une façon plus claire et plus précise que MM. Duplay, Rochard et Demoulin dans le *Manuel de diagnostic chirurgical* :

« Pour arriver au diagnostic il faut, en premier lieu, « porter le doigt dans le vestibule de la bouche, dans le « sillon gingivo-jugal inférieur; ce sillon est effacé dans « l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur, il est con- « servé dans l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Si, « portant le doigt en arrière de l'arcade dentaire infé- « rieure, on explore le plancher buccal, on le trouve « normal dans l'ostéo-périostite, fréquemment soulevé « dans l'adéno-phlegmon. Si on tire une ligne de l'angle « de la mâchoire à la symphyse du menton, le maximum « du gonflement est au-dessus de cette ligne dans « l'ostéo-périostite se prolongeant vers le masséter; il « est au-dessous de cette ligne, cervical surtout, dans « l'adéno-phlegmon. Enfin, dans l'ostéo-périostite, le « trismus est fréquent, il est rare dans l'inflammation « cellulo-ganglionnaire. »

M. le Professeur F. Lejars, dans ses *Leçons de chirurgie*, schématise d'une façon plus saisissante encore la conception classique lorsqu'il écrit :

« La périostite, c'est le bourrelet allongé, rouge,

qui « soulève le fond du cul-de-sac gingivo-génien.

« L'adéno-phlegmon, c'est l'empâtement dur, épais « qui remplit et déborde la loge sous-maxillaire. »

Ce tableau est clair, schématique, et s'il s'applique parfaitement à l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe du maxillaire, il confond dans une même description l'adéno-phlegmon sous-maxillaire et l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne de l'os. Il ne permet qu'une conclusion : *le malade examiné est ou non atteint d'une ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe du maxillaire inférieur.*

Il nous reste donc à établir le diagnostic différentiel entre l'adéno-phlegmon sous-maxillaire ou sous-angulo-maxillaire ou sus-hyoïdien et la périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire. Nous établirons ce diagnostic dans sa forme la plus générale, l'adéno-phlegmon visé étant celui du groupe ganglionnaire le plus voisin de la dent cariée.

Un premier élément de diagnostic se trouve dans l'existence au début d'une crise de mono-arthrite apicale. Nous avons exposé au chapitre des complications, les raisons qui nous font rejeter, d'une façon absolue, l'adéno-phlegmon secondaire à une lésion dentaire; mais le malade peut présenter une ulcération gingivale qui aura pu être le point de départ de l'infection. Donc :

A des prodromes dento-osseux succèdera toujours l'ostéo-périostite.

A des prodromes exclusivement muqueux, l'adéno-phlegmon.

L'examen physique nous permettra de trouver des éléments de diagnostic différentiel.

Le sillon gingivo-jugal est libre dans l'adéno-phlegmon; il l'est également dans la périostite de la face interne du maxillaire.

Le plancher de la bouche doit nous arrêter un instant, car ce sera un élément de notre diagnostic.

Dans l'adéno-phlegmon, au début, *le plancher de la bouche garde toute sa souplesse*, contrairement à l'opinion de Verneuil. En effet, les chaînes ganglionnaires qui reçoivent les lymphatiques buccaux ont une situation superficielle. Satellites des veines et de la veine sous-mentale en particulier, elles sont comprises dans une loge aponévrotique, dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle. C'est seulement quand la cellulite périganglionnaire est intense que l'on peut percevoir une résistance au niveau du plancher buccal; résistance qui n'atteint jamais la dureté de la périostite phlegmoneuse. En résumé, dans l'*ostéo-périostite phlegmoneuse*, *la tuméfaction s'étend de la profondeur vers la superficie;* dans l'*adéno-phlegmon de la périphérie vers la profondeur*.

Le *trismus* : précoce dans l'ostéo-périostite surtout quand elle atteint la région angulo-maxillaire est plus tardif dans l'adéno-phlegmon.

Quant à l'*adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac* :

Outre que les ganglions sont situés plus bas et en arrière du confluent des veines faciales antérieure et postérieure ainsi que l'a montré M. Sebileau; Chassaignac l'avait décrit au sujet des accidents de dents de

sagesse. De plus, l'importance qu'il attache au trismus dans les phlegmasies d'origine odontopathique, nous permet de supposer qu'il a eu en vue surtout une ostéo-périostite phlegmoneuse interne à siège très postérieur.

En résumé, en présence d'une tuméfaction située au-dessous de la ligne angulo-symphysaire du maxillaire, on sera autorisé à porter le diagnostic d'adéno-phlegmon seulement lorsque : *on ne trouve à l'origine aucun accident de carie dentaire et lorsque, à l'examen, le plancher de la bouche se présentera, sinon avec sa souplesse normale, du moins sans empâtement marqué sous-muqueux*.

L'*abcès péri-amygdalien* doit être également différencié de l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche montante.

Il est toujours secondaire à une amygdalite; la dysphagie en est le principal prodrome. Le trismus est tardif et inconstant. La dysphagie mécanique est atroce, absolue, même aux liquides. Le malade souffre d'une douleur spontanée pharyngienne ayant son maximum au niveau de l'isthme sans irradiation osseuse. L'angoisse respiratoire est fréquente et spontanée. La malade a une voix amygdalienne. Il n'existe pas d'empâtement sous et rétro-angulo-maxillaire. Pas de douleur provoquée à la palpation de l'angle de la mâchoire. L'adénite inconstante et légère est toujours isolable du rebord maxillaire. Le point culminant du foyer inflammatoire répond au voile. Le maximum de la douleur provoquée siège sur le voile à un centimètre du bord libre. Il existe d'une façon presque constante de l'œdème de la luette.

L'ouverture spontanée se fait toujours dans la fossette sus-amygdalienne ou dans son voisinage.

En résumé, toutes les fois qu'une collection inflammatoire se développe au niveau du maxillaire inférieur au voisinage d'une dent cariée, présentant des symptômes de mono-arthrite apicale ou d'un alvéole infecté, on devra toujours porter d'une façon absolue le diagnostic de périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur.

On peut résumer le diagnostic différentiel entre l'adénophlegmon et la périostite phlegmoneuse du maxillaire dans le tableau suivant :

	PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR		ADÉNO-PHLEGMON
	Face externe.	Face interne.	
Prodromes.	Mono arthrite apicale.	Dento osseux.	Muqueux.
Tuméfaction.	Faciale.	Buccale et secondairement cervicale.	Cervicale.
Sillon gingivo-jugal.	Comblé.	Libre.	Libre.
Plancher de la bouche.	Libre.	Empâté et dur.	Libre ; empâté tardivement.
Trismus.	Serré.	Serré.	Peu ou nul.

Le diagnostic de la lésion posé, il faut avant toute

thérapeutique, préciser la dent qui est à l'origine de l'infection.

Le diagnostic est facile, le plus souvent, quand il existe une carie profonde avec phénomènes douloureux très aigus.

Mais ces renseignements peuvent manquer. Il faut alors surveiller l'émission de pus par la sertissure gingivale. Il faut explorer les dents. Celle qui sera à incriminer sera le plus souvent *mobile*, ou *douloureuse à la pression* axiale ou latérale, elle sera *sensible au chaud* ou *au froid*.

Cette exploration doit être à la base de tout examen clinique, afin d'appliquer une thérapeutique vraiment efficace. Faute de s'y soumettre, on expose le malade à des avulsions inutiles (Observation XV).

TRAITEMENT

Le traitement s'impose : évacuation aussi précoce que possible de la collection purulente.

L'opinion classique encore actuellement en vigueur, tant chez les stomatologistes que chez de nombreux chirurgiens, est qu'il faut d'abord évacuer le pus par une incision cutanée ou muqueuse, suivant le cas. On se réserve d'enlever ou de soigner la dent infectée, seulement lorsque les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu.

Telle est la thérapeutique opposée aux phlegmons odontopathiques par Gosselin, Peyrot, et par des stomatologistes récents. Preiswerck, Chompret, MM. L. Frey et G. Lemerle enlèvent la dent sauf si les accidents phlegmoneux dépassent une certaine limite.

M. Lebedinsky enlève la dent, mais après incision cutanée.

Ce traitement assure la guérison en 10 à 12 jours, mais il a le gros inconvénient, à notre avis, d'imposer, d'autorité, au malade, une incision, c'est-à-dire une cica-

trice cervicale ou faciale toujours fâcheuse, surtout pour une femme; et, nous avons vu à l'étiologie avec quelle fréquence particulière les femmes sont atteintes.

C'est pourquoi, renversant l'ordre chronologique des étapes opératoires classiques, nous proposons un traitement qui assure une guérison aussi rapide que le procédé généralement adopté, en respectant les téguments du malade sauf le cas de nécessité absolue. Ce traitement est basé sur des notions anatomo-pathologiques que nous allons maintenant résumer.

Anatomie pathologique. — L'ostéo-périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur siège, généralement, dans les 2/3 postérieurs de la branche horizontale du maxillaire. Cette localisation est liée à ce fait qu'à la mâchoire inférieure la carie atteint le plus souvent les molaires par ordre de fréquence :

La première grosse molaire :		dent de 6 ans.
La deuxième	— —	dent de 12 —
La troisième	— —	dent de sagesse.

puis viennent après les canines et incisives.

Quelle que soit la localisation, l'ostéo-périostite phlegmoneuse est en rapport de continuité avec la suppuration alvéolaire dont elle n'est que le prolongement : *l'extériorisation*. Au point de vue qualificatif, les lésions sont étudiées dans les traités classiques. La figure (1) schéma que nous reproduisons d'après l'article de M. Ombredanne dans le *Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet, met bien en évidence la succession des lésions :

Mono-arthrite apicale; *Ostéo-myélite*; *Périostite phlegmoneuse.*

Nous envisageons successivement, au point de vue anatomo-pathologique : 1° *la dent elle-même et dans ses*

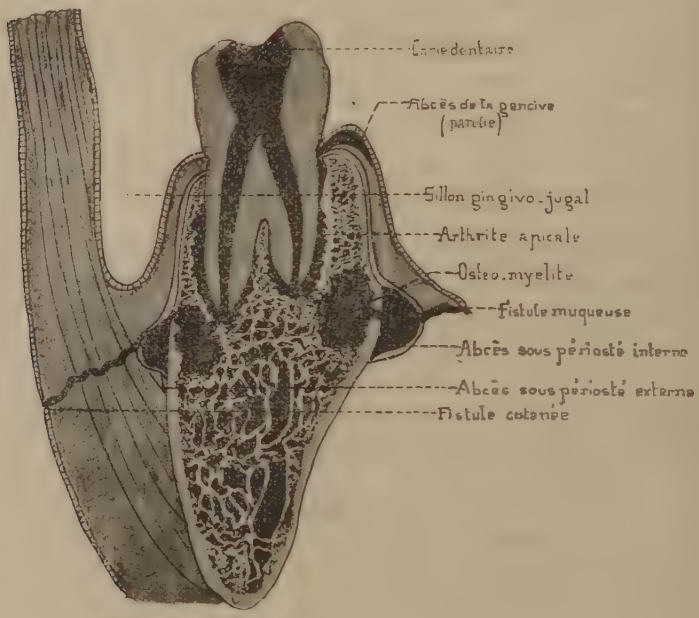

Fig. 1.

rapports avec l'alvéole (la portion alvéolaire du maxillaire fait en effet partie intégrante de l'appareil dentaire); 2° *le corps du maxillaire*; 3° *les lésions extra-osseuses.*

1° ***Lésions de l'appareil dentaire.*** — La dent est atteinte de carie au quatrième degré ayant détruit la couronne sur une plus ou moins grande étendue; quelquefois, en effet, les lésions sont limitées à une cavité siégeant à la base de la couronne près du collet,

alors que la face triturante de la dent conserve son aspect normal.

Le ligament alvéolo-dentaire est jaune, infiltré de pus détruit en partie par la suppuration : la dent est mobile dans son alvéole. *Au-dessous du ligament* : les racines sont couvertes de fongosités et peuvent présenter des exostoses du cément, surtout quand les lésions sont anciennes.

Les parois alvéolaires sont elles-mêmes couvertes de fongosités sanieuses, baignant dans le pus.

2° ***Lésions du corps du maxillaire.*** — A ce niveau, ce sont les lésions de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. Cette ostéomyélite a un caractère anatomique bien spécial qui dérive de l'architecture même du maxillaire inférieur.

En effet, ainsi que le fait remarquer Poirier dans son *Ostéologie* : « Le maxillaire inférieur a la structure « d'un os long, dont le canal médullaire serait comblé « par des trabécules osseuses épaisses ».

Ce sont ces trabécules qui limitent la migration du pus et donnent à cette ostéomyélite ses caractères anatomiques et cliniques d'abcès intra-osseux plutôt que d'ostéomyélite à proprement parler.

La lésion constituée se présente comme une succession d'abcès localisés dans les logettes médullaires, formant une chaîne ininterrompue de l'alvéole au tissu sous-périostique.

La moelle osseuse est, à ce niveau, grisâtre et infiltrée de pus. Le périoste rouge et épaissi au début est bientôt décollé par le pus qui se collecte sous lui. Ce pus gris, très fétide, est d'abondance variable.

Que la collection s'amasse à la face externe ou à la face interne du maxillaire, *elle est toujours en communication directe avec la lésion dentaire et l'alvéole infecté.*

La réalité de cette communication apparaît nettement dans l'observation XX particulièrement instructive à cet égard.

3° ***Lésions périphériques***. — N'offrent rien de spécial, ce sont celles qui avoisinent en général toute suppuration. Dans le tissu inflammatoire qui entoure l'abcès, on peut trouver des ganglions. Ceux-ci sont, en général, petits, durs, superficiels et leur immobilité relative vient de ce qu'ils sont englobés dans le tissu réactionnel périphérique. C'est pourquoi ils sont exceptionnellement perçus à la surface de la tuméfaction fluctuante. Cela nous explique encore la confusion classique entre l'adéno-phlegmon et la périostite phlegmoneuse. Ces adénopathies sont sous la dépendance des ulcérations gingivales qui accompagnent fréquemment la carie dentaire, et non sous celle des lésions osseuses. En effet, les lymphatiques des dents n'ont pu jusqu'à présent être mis en évidence; d'autre part, dans l'ostéomyélite aiguë de l'enfant, ostéomyélite à staphylocoques, il n'y a pas d'adénopathies.

*
* *

Nous basant sur ces données anatomiques et en particulier sur la continuité des lésions, nous avons entrepris d'évacuer la collection périostique par l'alvéole, traitant simultanément la suppuration et la carie den-

taire qui en est le point de départ. La technique de M. le Professeur Sebileau, à laquelle nous nous sommes conformé est la suivante :

1° ***Anesthésie générale.*** — Le malade sera endormi jusqu'à résolution complète. Nous avons utilisé le plus souvent le chloroforme, d'abord à cause de la résolution plus complète qu'il amène et qui permet de vaincre plus facilement le trismus; ensuite en raison des difficultés qui peuvent se présenter au cours de l'avulsion dentaire ou de l'évacuation du pus et qui peuvent prolonger l'intervention.

Dans quelques cas, nous avons commencé par une anesthésie générale au chlorure d'éthyle avec le masque de Camus. Cette anesthésie a été quelquefois suffisante; d'autres fois elle a dû être prolongée à l'aide du chloroforme.

2° ***Avulsion de la dent.*** — Le plus souvent, l'avulsion de la dent est facile. Celle-ci soulevée par le pus et les fongosités qui occupent le fond de l'alvéole et mobile, du fait de l'infiltration du ligament par le pus, est *cueillie plutôt qu'avulsée.* On utilise pour ce temps opératoire soit le davier de la série américaine répondant à la dent malade, soit le davier français en baïonnette. Très rarement, dans le cas de carie ancienne d'une dent de sagesse en direction oblique et solidement enchassée à l'angle des branches horizontale et montante du maxillaire, l'avulsion est impossible, le davier a une prise insuffisante, dérape, et la dent ne peut être enlevée sans brutalité aveugle exposant à des dégâts plus ou moins étendus. Dans ce cas, on doit enlever la dent en

limitant au strict minimum les dégâts inévitables.

Pour ce faire, on récline la muqueuse péri-dentaire à la rugine et on fait sauter le rempart alvéolaire externe répondant à la dent jusqu'à ce que celle-ci soit légèrement mobile. On termine alors l'extraction en se servant de la langue de carpe. On examinera soigneusement la dent afin de s'assurer qu'il ne persiste dans l'alvéole aucun fragment de racine.

3° ***Evacuation de la collection***. — Dans les cas les plus fréquents, 7/12 des cas (Sebileau) et même, peut-on dire, en règle générale, le pus sourd immédiatement par l'alvéole, il s'écoule facilement et en abondance dès que l'on presse sur la poche de la périostite. On exercera une pression continue, d'abord superficielle, puis de plus en plus profonde, pour évacuer la collection aussi complètement que possible. Le pus qui s'écoule a tous les caractères de fétidité des collections développées au voisinage du tube digestif : son odeur est presque fécaloïde.

Pendant ce temps opératoire, on veillera très attentivement à ce que le pus ne tombe pas dans le pharynx; pour cela, on peut disposer une petite compresse à la partie postéro-latérale correspondante de la cavité buccale et on épongera le pus au fur et à mesure de son apparition. Quand l'écoulement cesse, on pratique un curettage doux de l'alvéole afin de la débarrasser des fongosités sanieuses qu'elle renferme.

Dès ce moment, l'induration péri-maxillaire a diminué.

4° ***Soins post-opératoires***. — L'expression de la poche sera renouvelée toutes les 3 heures, pratiquée par

le malade lui-même. Au moment des expressions et dans leur intervalle, on pratiquera de fréquents lavages de bouche avec de l'eau légèrement oxygénée. Ces lavages se feront d'abord au bock, puis rapidement, la sédation des phénomènes douloureux et la diminution des phénomènes inflammatoires permettront au malade de se laver la bouche par gargarisation.

Une ou deux fois par jour, le médecin veillera à effectuer lui-même une expression totale du pus.

Cette manœuvre est douloureuse pour le malade; aussi, doit-elle être pratiquée avec douceur et fermeté, la pression étant progressive.

En suivant cette règle, l'expression est généralement supportée très facilement par le malade.

La sédation rapide des phénomènes généraux et locaux que l'on constate dès les premières 24 heures suffit à elle seule à justifier cette méthode de traitement qui, dans les cas les plus fréquents, assure la guérison dans un délai de 5 à 10 jours.

Il peut arriver, au cours du traitement, que la communication de l'abcès avec l'alvéole s'interrompe; dans ce cas, une expression profonde peut la rétablir. Quand cela ne suffit pas, un simple écouvillonnage ou un cathétérisme doux de l'alvéole, assurent à nouveau la perméabilité de la communication, momentanément interrompue. Cet incident est d'ailleurs exceptionnel, et résulte d'une expression trop rare et trop superficielle du foyer purulent.

Modalités de l'intervention. Incidents opératoires. — Nous venons de décrire le traitement dans sa

forme normale la plus fréquente, nous devons envisager diverses éventualités qui peuvent se présenter au cours de l'intervention et exposer les manœuvres qu'elles nécessitent.

1° **La dent enlevée, le pus n apparaît pas à l'alvéole, même après expression profonde de la collection.** — Dans ce cas, on procède à un curettage soigneux de toute la cavité alvéolaire. Cette manœuvre peut suffire à elle seule pour amener l'écoulement du pus (3/12 des cas). Néanmoins, on devra procéder à une exploration minutieuse de la paroi alvéolaire, soit avec un stylet fin, ou mieux avec un crochet, jusqu'à ce que l'instrument explorateur s'engage complètement dans le pertuis de communication et le cathétérise aussi complètement que possible. On sera naturellement guidé dans cette recherche par la localisation de la collection. On trouvera, en général, l'orifice de communication sur la paroi alvéolaire répondant à la variété externe ou interne de la périostite phlegmoneuse.

Cette conduite sera indiquée également lorsque *l'avulsion dentaire pratiquée la veille ou les jours précédents mais non suivie d'expression, les phénomènes inflammatoires ont continué à évoluer.*

2° **L'exploration de l'alvéole est restée négative.** — Dans une proportion de 2/12 des cas, l'exploration minutieuse de l'alvéole reste négative, soit qu'on ne trouve pas le pertuis, soit que l'ayant trouvé, le cathétérisme du canicule osseux n'amène pas l'écoulement du pus. Cette hypothèse est vraisemblable après ce que nous avons dit à l'anatomie pathologique de la

tortuosité et de l'étroitesse du trajet intra-osseux et de sa constitution par l'envahissement progressif des logettes médullaires. Le canal peut être obstrué soit par une concrétion purulente, soit par un petit débris osseux venu des logettes elles-mêmes.

Dans ce cas, on est autorisé à une exploration plus ferme des parois alvéolaires. Un point nécrosé de l'os pourra quelquefois s'effondrer et créer une dérivation à la suppuration périostique. Dans ces cas favorables, l'expression répétée de la poche sera pratiquée comme dans les cas normaux. Mais cette pratique est aveugle et ne devra être utilisée qu'avec circonspection et sans insister. En cas d'échec complet (1/40e des cas), et si l'intervention s'impose rapidement, on s'adressera alors au procédé classique à l'*incision*.

Procédés classiques.

Le siège de l'incision nous est imposé par la localisation maxima de la collection et diffère avec la variété d'ostéo-périostite phlegmoneuse envisagée.

A). **Ostéo-périostite de la face externe du maxillaire inférieur.**

Dans cette forme, l'abcès bombe dans le vestibule, *l'incision sera muqueuse dans le sillon gingivo-jugal.*

Le bistouri placé à plat contre la gencive ouvrira assez profondément et assez largement la muqueuse pour assurer une évacuation facile du pus.

Le soulagement est immédiat; on prescrira de fréquents lavages de bouche et la guérison survient en

4 à 6 jours, complète ou laissant après elle une fistule.

Il faut que l'incision paraisse très longue, 15 à 20 millimètres car la rétraction rapide des tissus amènerait l'occlusion trop précoce et la reprise des phénomènes inflammatoires.

B). **Ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur.**

Deux voies d'abord s'offrent à nous :

Voie cutanée (classique). — L'incision sera parallèle au bord inférieur du maxillaire à 10 millimètres environ, et aura son centre au maximum de la fluctuation. Elle aura une longueur de 6 à 8 centimètres et suffira à assurer une évacuation complète et facile du pus.

Si on explore la cavité de l'abcès, on tombera toujours sur une *paroi osseuse dénudée* ; alors que dans l'adénophlegmon, on trouve une loge ganglionnaire et jamais d'os dénudé.

On placera dans l'incision soit un drain minime, soit de préférence un faisceau de crins, soit une mèche ; dans ce dernier cas, on veillera à ce que la mèche ne soit pas tassée afin d'éviter la rétention. Le drainage sera supprimé au bout de 24 ou 48 heures et la guérison de l'incision se fera en 7 à 15 jours suivant son étendue.

Pogglioni (de Sienne) a, en 1913, attiré l'attention sur la fréquence des déviations de la lèvre inférieure consécutives aux incisions faites dans la région sous-maxillaire. Ces déviations relèvent de deux causes : section des fibres du peaucier et section des filets faciaux de la branche inférieure de la VII^{e} paire.

On les éviterait en incisant dans une région limitée

par : *En haut*, les 2/3 postérieurs du maxillaire inférieur. *En bas*, une ligne parallèle distante de 1 cm. 5. *En arrière*, le bord antérieur du sterno-mastoïdien. *En avant*, ligne unissant l'extrémité antérieure des deux horizontales.

En pratique, ces paralysies sont essentiellement transitoires, et d'autre part, il ne faut pas perdre de vue le but de l'intervention. On incisera là où le pus pointe, là où l'évacuation de la poche sera le mieux assurée et le drainage le plus efficace.

Voie muqueuse. — Imaginée par M. Morestin, en 1909; dans un but d'esthétique :

On incisera le plancher de la bouche le long de la branche horizontale du maxillaire. On dissociera à la sonde cannelée les tissus en se dirigeant vers le bord inférieur de l'os.

Quand on arrive sur la poche, le pus jaillit; on l'absterge complètement, on nettoie soigneusement la poche soit à l'éther, soit à la teinture d'iode et on bourre ensuite de mèches de gaze iodoformée. Pendant ces temps opératoires, on veillera à ce que du pus ne s'écoule pas dans le pharynx.

Généralement, au bout de 8 jours, l'incision ne permet plus l'introduction d'une mèche. La guérison est obtenue en une douzaine de jours environ.

Cette technique a été décrite par M. Morestin comme *voie d'accès buccale des abcès sous-maxillaires d'origine ganglionnaire.*

Si une observation rapportée par cet auteur a trait à un adéno-phlegmon consécutif à une conjonctivite

légère, les deux autres observations relatent des adéno-phlegmons d'origine dentaire. Ces deux observations sont, sans nul doute, deux cas de périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur. Nous avons d'ailleurs exposé au cours de ce travail, les raisons qui nous permettent cette affirmation.

Mais que l'on soit en présence d'un adéno-phlegmon ou d'une périostite phlegmoneuse, cette voie d'accès mérite d'être retenue à cause de ses caractères non mutilants.

C) **Périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche montante à forme justa-amygdalienne** :

La voie muqueuse en sera souvent la voie d'accès : « Le lieu d'élection est la région rétro-dentaire inférieure qui répond à la limite antéro-externe du pilier antérieur du voile du palais. » (Escat).

Le bistouri sera enfoncé normalement à cette surface; il devra pénétrer jusqu'au contact de l'os. Il fera une incision verticale de 15 millimètres de longueur environ, sectionnant les faisceaux du buccinateur qui s'insèrent sur le ligament ptérygo-maxillaire.

Résumé.

Le premier temps du traitement doit être l'*avulsion dentaire*; puis on doit pratiquer l'*expression fréquente et complète* de la collection pour assurer son évacuation permanente par l'alvéole. C'est seulement quand cette deuxième partie du traitement échoue que l'on est autorisé à recourir à l'incision du foyer purulent.

Ce traitement est applicable à tous les cas, même et surtout à ceux dans lesquels la collection constituée depuis quelque temps entraîne des altérations tégumentaires, indices d'une extériorisation imminente.

On objectera peut-être que l'avulsion dentaire supprime radicalement un organe? Dans la majorité des cas, cet organe est perdu définitivement pour la fonction et les traitements conservateurs ne sauraient être de mise en présence de symptômes aigus qui commandent l'intervention immédiate. Dans les cas exceptionnels où la dent pourrait être conservée, ce ne serait qu'à la suite de soins prolongés et de réussite incertaine pour servir de support à une prothèse. Mais, à l'heure actuelle, la prothèse dentaire est riche en ressources et l'on ne peut même pas penser un seul instant à mettre en balance l'avulsion d'une dent profondément infectée et une incision cutanée qui peut être mutilante.

Nous ne saurions, sans sortir du cadre que nous nous sommes fixé pour cette étude, envisager le traitement des complications ou des séquelles de l'ostéo-périostite phlegmoneuse. Chacune de celles-là comporte ses indications thérapeutiques spéciales. Nous rappellerons cependant qu'il faudra souvent lutter contre un trismus persistant, une contracture rebelle des mâchoires.

On pratiquera une dilatation progressive des mâchoires à l'aide de coins de plus en plus volumineux introduits entre les arcades dentaires. Dans les cas intenses on pourra avoir recours au procédé suivant : le malade étant profondément endormi, on placera un ouvre-bouche dont on écartera les branches autant qu'il sera possible.

Cet ouvre-bouche sera laissé en place une demi-heure ou une heure après le réveil du malade. Cette manœuvre pourra être renouvelée si besoin. Le malade, dans l'intervalle des séances, fera de lui-même de la dilatation à l'aide de coins ou de bouchons.

OBSERVATIONS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DE LA FACE EXTERNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Total : 11.

Forme atténuée : observations 1, 2.

Forme aiguë : observations 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

8 *ayant guéri par la simple avulsion dentaire suivie d'expression* : observations 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.

3 *ayant nécessité l'incision* : observations 1, 7, 11.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — M... Henri, 38 ans, employé à la Cie de l'Est.

Se présente à Lariboisière, le 10 Août 1918, porteur d'une tuméfaction arrondie et limitée, siégeant à la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur, côté gauche. Le malade souffre des dents depuis longtemps (2 ans).

Le 1er Août : à la suite d'une crise plus douloureuse, apparition d'une fluxion.

Le 4 Août : la fluxion a diminué laissant après elle la tuméfaction qui persiste à l'heure actuelle.

10 Août : tuméfaction du volume d'une noix, arrondie, limitée collée à la face externe gauche du maxillaire dont elle laisse libre le bord inférieur. Cette tumeur fait saillie dans le vestibule; le sillon est comblé à son niveau. La face interne du maxillaire et le plancher de la bouche sont libres et souples. Seule existe une douleur au regard de la dent de 12 ans. Cette dent est complètement détruite par la carie; il n'en reste plus que les racines et un petit fragment de couronne.

Opération. — Anesthésie générale : chloroforme. Avulsion des chicots. L'alvéole est vidé, cathétérisé, le pus n'apparaît pas, on incise alors la collection dans le cul-de-sac gingival. Issue de pus abondant, fluide et fétide. L'exploration de la poche conduit sur de l'os dénudé.

Suites normales : le malade sort guéri le 12 Août.

Obs. 2. (*Communiquée par M. le Dr Fl. Bonnet*). — F... Ferdinand, soldat au 118e Régiment d'artillerie; entré le 3 Novembre 1918 avec le diagnostic d'abcès dentaire.

Examen. — Ostéo-périostite mandibulaire gauche suppurée se traduisant par une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon faisant corps avec le bord basilaire et la face externe de l'os en rapport avec la dent de 6 ans cariée. Pas de trismus. T. : 38° 4.

Opération. — Avulsion de la dent et trépanation de l'alvéole donnant issue à un peu de pus. Diminution rapide de la tuméfaction et chute de la température.

6 Novembre : Le malade est évacué.

Obs. 3. — D... Claire, 34 ans, ménagère. Entre dans le service pour une ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe du maxillaire inférieur.

Au début de Septembre, première poussée d'ostéo-périostite à la face externe gauche de la mandibule inférieure. Cette poussée dure une semaine environ, elle s'atténue et vers le milieu de Septembre, présente une nouvelle exacerbation.

Le 8 Octobre : Se présente à la consultation de Lariboisière avec un gonflement énorme de la région faciale inférieure gauche. Le sillon est comblé dans son segment postérieur et la masse inflammatoire qui fait corps avec l'os est maxima dans la région de l'angle. La dent de sagesse inférieure gauche est cariée.

Opération. — Anesthésie générale : Chloroforme. La prise de la dent au davier entraîne une ouverture de la muqueuse et donne issue à un flot de pus. La mobilisation de la dent est impossible. Pour éviter de fracturer les racines, on rabat à la gouge le rempart alvéolaire externe, manœuvre qui entraîne la mobilisation de la dent qui est cueillie. Un peu de pus sourd par l'alvéole. L'exploration au crochet, puis au stylet permet de trouver un orifice de communication externe qui conduit dans la poche.

9 Octobre : L'expression amène l'évacuation du pus par l'alvéole ; cette manœuvre est répétée plusieurs fois dans la journée.

10 Octobre : La suppuration est tarie, mais il persiste une grosse induration.

11 Octobre : La malade sort de l'hôpital. Depuis, la malade n'a pas été revue.

Obs. 4. — C... Berthe, 29 ans. Vue le 6 Octobre à la Pitié dans le service de M. le Docteur Arrou. Depuis le 26 Septembre, souffre de la dent de sagesse inférieure gauche qui est cariée. Le 28, fluxion, continue à souffrir.

Le 6 Octobre : Entre à la Pitié avec une très volumineuse collection fluctuante à la face externe du maxillaire inférieur. La tuméfaction remonte jusqu'au lobule de l'oreille et déborde peu en bas le rebord maxillaire.

Trismus intense. Le cul-de-sac gingivo-jugal gauche est comblé et douloureux. Douleur à la pression sur la dent de sagesse inférieure gauche.

Opération. — Anesthésie générale : Chloroforme.

L'anesthésie permet de vaincre le trismus, le plancher de la bouche est souple et libre, on constate également une carie dentaire pénétrante ayant détruit la moitié postérieure de la couronne de la dent de sagesse inférieure gauche. Le davier a une prise insuffisante et la fragilité de la couronne nous amène à changer de technique. On mobilise la dent à la gouge ; elle est alors enlevée, mais dans ce temps le pus apparaît dès que l'alvéole est ouvert.

7 Octobre : Pus à l'expression par l'alvéole qui est répétée bi-quotidiennement et fréquemment par la malade dans le cours de la journée.

10 Octobre : La suppuration persiste encore par l'alvéole. La malade sort de la Pitié ne souffrant plus.

11 Octobre : Revue à Lariboisière ; la poche a diminué ; l'expression amène du pus.

18 Octobre : La suppuration est tarie, mais il persiste encore du trismus et au niveau de l'alvéole des bourgeons sanieux.

2 Novembre : La malade est vue à Lariboisière; elle a éliminé et élimine encore quelques petites esquilles venant du rebord alvéolaire. L'alvéole est comblé. Il persiste une induration de la face externe du maxillaire.

2 Décembre : La malade est complètement guérie.

Obs. 5. — F... Eugénie, 28 ans. Vue le 4 Décembre 1918 avec une ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe du maxillaire. Odontalgie depuis le 26 Novembre. La dent de 12 ans inférieure gauche est cariée, douloureuse à la pression et mobile. La tuméfaction est exclusivement faciale. Le sillon gingivo-jugal est comblé par un bourrelet douloureux.

5 Décembre 1918 : Anesthésie générale : Chlorure d'éthyle. Avulsion de la dent de 12 ans inférieure gauche cariée à la partie antérieure de sa couronne. L'expression amène l'évacuation par l'alvéole d'une petite quantité de pus. La collection est affaissée.

6 Décembre 1918 : La malade qui n'a pas voulu être hospitalisée, vient à la consultation. L'expression ne ramène plus de pus. La tuméfaction faciale a disparu. Les douleurs ont complètement cessé.

Obs. 6. — B..., 62 ans, ménagère. Entre le 13 Juillet 1918 à la Pitié dans le service de M. le Docteur Arrou, salle Gerdy. (Tuméfaction chaude et fluctuante de la région angulo-maxillaire gauche). Souffre des dents depuis 2 semaines, mais ne croit pas avoir de dent cariée. Tuméfaction nettement faciale remontant jusqu'au lobule de l'oreille à gauche et débordant très peu le bord inférieur du maxillaire. Le sillon gingivo-jugal gauche est empâté surtout dans son segment postérieur. Le trismus est très accentué; cependant on parvient avec un ouvre-bouche à obtenir un léger écartement des mâchoires. De plus, la première et la troisième molaires ayant été avulsées

depuis longtemps on peut profiter de cette brèche dans l'arcade dentaire inférieure pour explorer le plancher de la bouche qui est souple. On constate simplement un léger œdème à la partie postérieure de la face interne de l'arc mandibulaire. La pression sur l'os est douloureuse au niveau de la 2e molaire inférieure gauche, qui est, elle-même, douloureuse à la pression et légèrement mobile. On porte alors le diagnostic (très facile dans ce cas) d'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe du maxillaire consécutive à la carie de la 2e molaire inférieure gauche dont on décide l'avulsion pour le lendemain.

14 Juillet : Dans la nuit, la collection s'est fistulée dans la partie postéreure du cul-de-sac gingivo-jugal ; l'évacuation de pus ayant été minime on décide d'enlever la dent.

Anesthésie générale. — Chloroforme. La dent est cueillie. Carie pénétrante à la face postérieure du collet, la couronne est intacte, de nombreuses fongosités entre les racines et dans l'alvéole. Celle-ci est curettée doucement avec une compresse ; immédiatement le pus apparaît mais en petite quantité et un fin stylet mince pénètre dans une perforation de la face externe de la cavité alvéolaire. Expression quotidienne de la poche, répétée dans la journée d'une façon fréquente par le malade lui-même.

19 Juillet : L'expression ne ramène plus de pus, mais il persiste une induration périostique.

20 Juillet : Le malade sort guéri.

Obs. 7. — B... Gabrielle, 18 ans. Entre dans le service de M. le Professeur Sebileau le 16 Mai 1918. Ayulsion de la 1re molaire droite cariée le 10 Mai à l'Ecole Dentaire.

16 Mai : Se présente à Lariboisière avec une ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe de la mandibule du côté droit. Le sillon gingivo-jugal est comblé. Le plancher de la bouche est absolument libre. On cathétérise l'alvéole, du pus s'écoule dans la bouche; on pratique alors une expres-

sion profonde qui est répétée le soir. Température : 39°5.

17 Mai : L'expression est répétée, mais la pusillanimité de la malade la rend pénible. Température : 37°8 (vespérale).

18 Mai : La collection persiste avec une abondance égale, la malade ne pratiquant pas de pressions dans l'intervalle des expressions qu'elle refuse d'ailleurs d'une façon définitive.

Anesthésie générale. — Chlorure d'éthyle. Incision de la collection; issue de pus.

23 Mai : Suites normales; la malade sort guérie.

4 Juin : Entre à nouveau dans le service pour une petite collection para-mandibulaire droite qui s'évacue d'ailleurs spontanément dans les jours qui suivent.

15 Juin : Sort définitivement guérie.

Obs. 8. — M... Germaine, 22 ans, danseuse. Se présente avec une ostéo-périostite phlegmoneuse de la face externe du maxillaire inférieur. La 2e molaire inférieure droite atteinte de carie pénétrante a été avulsée en dehors du service, le 8 Juillet 1918. Le 10 Juillet, les douleurs ont persisté en même temps qu'apparaissait une tuméfaction douloureuse à la face externe de la mandibule au niveau de la dent enlevée.

16 Juillet : La malade vient à la consultation de Lariboisière et présente une ostéo-périostite nette de la face externe du maxillaire inférieur. La tuméfaction déborde en bas le rebord basilaire. Le sillon gingivo-jugal est comblé et douloureux. La plancher de la bouche, difficile à explorer à cause d'un trismus assez serré, est reconnu souple et non douloureux. L'expression de la tuméfaction n'amène aucune évacuation de pus par l'alvéole. Les téguments sont altérés et menacent de se laisser fistuliser.

Anesthésie générale. — Chloroforme. On curette les fongosités sanieuses qui comblent la cavité alvéolaire. On explore doucement cette cavité et on tombe sur un point nécrosé de sa paroi externe; le point s'effondre sous la simple pression de l'examen et le stylet pénètre dans la cavité purulente. La

pointe mince du stylet est facilement sentie sous la peau. Le pus s'écoule alors par l'alvéole et on pratique une expression complète de la collection. Température : vespérale : 39°5.

17 Juillet : L'expression est répétée et complète matin et soir, la malade, soucieuse d'éviter une cicatrice cutanée, pratique dans l'intervalle des pressions très sérieuses. Température : vespérale, 37°4.

18 Juillet : La suppuration a considérablement diminué.

19 Juillet : L'expression ne ramène plus de pus. Il persiste une induration locale peu douloureuse. La malade sort.

26 Juillet : L'induration juxta-mandibulaire a presque complètement disparu.

La malade n'a plus été revue depuis cette date.

Obs. 9. — *Communiquée par M. le Docteur FL. Bonnet-Roy.* — F... Marcel, soldat de 2e classe, 34e Régiment d'Infanterie. Entre le 4 Novembre 1918 : Ostéo-périostite mandibulaire avec tuméfaction angulo-maxillaire droite à contours diffus, faisant corps avec le bord basilaire de l'os et remontant sur la face externe. Pas de rougeur. Aucun phénomène phlegmoneux. Pas de trismus. La dent de sagesse inférieure complètement évoluée est profondément cariée. Le début de accidents remonte à 20 jours.

Opération : Anesthésie générale. Chlorure d'éthyle, puis chloroforme. Avulsion de la dent ; issue d'un flot de pus.

5 Novembre : Température toujours très élevée. Très peu de trismus.

6 Novembre : Amélioration très sensible. Le trismus a diminué, l'empâtement angulo-maxillaire persiste.

8 Novembre : Température normale. Le trismus a complètement disparu. La tuméfaction angulo-maxillaire régresse lentement.

9 Novembre : Le malade est évacué.

Obs. 10. — *Communiquée par le Docteur Dufourmentel.* — L... Auguste, 28 ans. Sergent au 87e Régiment d'Infanterie. 20 Août 1918, vient à la consultation du Service maxillo-facial de Rennes. Tuméfaction très volumineuse de la région angulo-maxillaire droite. Du pus pointe sous la peau. Celle-ci est déjà rouge et amincie. Elle appelle le couteau. Trismus accentué. La dent de sagesse inférieure droite est encapuchonnée, non cariée. On l'extrait, un flot de pus inonde la bouche. La cavité de l'abcès est vidée. Il n'est pas douteux que l'incision cutanée sera évitée.

Obs. 11 — *Communiquée par le Docteur Liebault.* — N.., soldat. Le 10 Janvier 1918, entre à l'ambulance 1/38, porteur d'une énorme tuméfaction dans la région maxillaire inférieure droite et ne débordant pas le bord inférieur de l'os. Fluctuation nette en avant de l'angle de la mâchoire. Trismus très marqué. Le sillon gingivo-jugal est comblé en arrière. Début remontant à 8 jours. Carie de la dent de sagesse inférieure droite, douloureuse à la percussion. T : normale. Extraction de la dent. Evacuation par l'alvéole d'une grande quantité de pus.

11 Janvier 1918 : La communication alvéolaire s'est obstruée, la perméabilité ne peut être rétablie par l'expression. Le soir. T : 40°3. L'exploration alvéolaire est négative. Incision de la poche dans le sillon, évacuation de pus. Exploration au stylet, os dénudé. Suites normales.

6 Février 1918 : La suppuration est presque tarie. Le stylet ne rencontre plus d'os dénudé.

OBSERVATIONS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DE LA FACE INTERNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Total : 11.

Forme aiguë : Observations 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

Forme pseudo-phlegmon péri-amygdalien : Observation 22.

6 *ayant guéri par l'avulsion dentaire suivie d'expression* : Observations 12, 13, 14, 15, 21, 22.

3 *ayant nécessité l'incision* : Observations 16, 17, 18.

2 *ayant quoiqu'incisées antérieurement, définitivement guéri par l'avulsion dentaire* : Observations : 19, 20.

OBSERVATIONS

Obs. 12. — C... 30 ans, 8e Régiment d'Infanterie. Evacué le 5 Août sur l'hôpital Chaptal pour « adéno-phlegmon sous-maxillaire », Souffre de mono-arthrite apicale depuis 40 jours. Le 30 Juillet apparaît une tuméfaction sous-maxillaire.

5 Août : Tuméfaction siégeant dans la région sous-maxillaire et localisée à cette région. La masse inflammatoire est séparée du bord inférieur de la mandibule par un sillon très net. Sur le pôle postérieur de la masse, on sent un petit ganglion dur et douloureux, mais nettement isolable de cette masse. Trismus peu marqué. Sillon gingivo-jugal complètement libre, légèrement douloureux à sa partie postérieure. Le plancher de la bouche est infiltré et dur et par le palper bidigital intra et extra-buccal on sent une fluctuation nette de la poche. Cette manœuvre provoque d'ailleurs une vive réaction douloureuse. La dent de sagesse inférieure gauche présente une carie pénétrante portant sur toute la moitié postérieure de la couronne. Cette lésion est masquée par des bourgeons ulcérés de la muqueuse gingivale.

Opération. — Anesthésie générale : Chloroforme. Avulsion de la dent cariée. Le pus sort immédiatement par l'alvéole. Une pression légère de la poche amène une disparition complète de la tuméfaction sous-maxillaire.

6 Août : L'expression amène quelques gouttes de pus.

7 Août : Le malade peut être considéré comme guéri. La tuméfaction affaissée, la douleur disparue.

Obs. 13. — G... Léon, 37 ans. Vu à la consultation le 12 Décembre 1918. Souffre fréquemment des dents. Depuis le 15 Novembre 1918, souffre d'un chicot de dent de 12 ans inférieure gauche.

5 Décembre : Fluxion. Le malade souffre beaucoup — le sommeil est impossible. — Sensation de battement douloureux.

12 Décembre : Vient à Lariboisière. Empâtement énorme de tout le bord basilaire du maxillaire inférieur à gauche et débordant franchement en dehors et en dedans. Le plancher de la bouche est induré. Le pus est sous la peau qui est rouge et sollicite l'intervention.

13 Décembre : Anesthésie générale au chloroforme. Avulsion du chicot facile. Le pus sort en jet de l'alvéole. On cathétérise et on trouve une large perforation de la paroi alvéolaire externe. On profite de l'anesthésie pour enlever de nombreux chicots.

15 Décembre : Vu à la consultation très amélioré ; l'expression ramène du pus par l'alvéole.

19 Décembre : La suppuration a cessé. L'alvéole est comblé ; il persiste un peu d'induration du plancher de la bouche.

Obs. 14. — D..., 40 ans. Vient à la consultation de Lariboisière le 3 Décembre 1918 pour une tuméfaction cervico-faciale. Odontalgie fréquente avec poussées de mono-arthrite apicale ; le 30 Novembre, apparition d'une fluxion.

3 Décembre : Grosse tuméfaction cervico-faciale à maximum cervical. Le sillon gingivo-jugal est légèrement soulevé et douloureux. Le plancher de la bouche est dur, empâté et très douloureux.

4 Décembre : Dans la nuit, la collection s'est fistulisée au niveau du plancher de la bouche à un centimètre du maxil-

laire inférieur. Le pus sort en abondance; on pratique l'expression.

5 Décembre : Opération : anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Avulsion de la dent de sagesse inférieure gauche. Immédiatement, le pus apparaît. Le cathétérisme permet de reconnaître que le stylet traverse la paroi interne du maxillaire et pénètre dans la collection située à la face interne de l'os. La malade refuse l'hospitalisation; on lui enseigne la technique de l'expression.

6 Décembre : La malade vient à la consultation. L'expression ramène du pus par l'alvéole.

8 Décembre : Les douleurs ont complètement disparu, la tuméfaction persiste, l'expression n'amène plus de pus.

12 Décembre : L'induration persiste. La malade se déclare guérie. N'est plus revenue à la consultation.

Obs. 15. — V..., Rachel, 26 ans. Odontalgies fréquentes, la dernière crise remonte au 15 Novembre 1918. Apparition d'une fluxion le 17.

19 Novembre : Vient à la consultation de Lariboisière. Trismus peu marqué. La pression sur les dents est peu douloureuse. Le chaud et le froid sont perçus par les dents : 6 ans, 12 ans et la dent de sagesse inférieures gauches (peut être plus marqué au niveau de cette dernière). Le sillon gingivo-jugal est libre et peu douloureux, sauf au niveau de la dent de sagesse où il y a un peu de réaction. Le plancher de la bouche est dur et empâté. Douleur tout le long du rempart alvéolaire surtout au niveau de la dent de 12 ans. Examen difficile : les renseignements ne sont pas absolument concordants à deux examens consécutifs. On dit à la malade de revenir à jeun le lendemain matin pour l'extraction.

23 Novembre : La malade entre seulement dans le service, ayant reculé son entrée par crainte d'une incision cutanée. Elle se présente avec un trismus très marqué. Gros empâtement à la face externe du maxillaire. Le plancher de la

bouche (que l'on parvient à palper en insinuant le petit doigt entre les arcades dentaires) est dur et infiltré en totalité. La déglutition est douloureuse. La pression sur les dents n'est pas douloureuse; elle n'est sensible, dit la malade, qu'au niveau de la dent de sagesse.

Une radiographie en oblique (M. le Dr Vaillant) montre au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche une cavité sombre (interprétée poche pleine de pus).

24 Novembre : Anesthésie générale; chlorure d'éthyle.

Avulsion de la dent de sagesse : lésions de carie au niveau du collet, pas de pus, cathétérisme ne permet pas de trouver la perforation; on enlève alors la dent de 6 ans; aucun résultat. On enlève enfin la dent de 12 ans : issue d'un peu de pus. Curettage de l'alvéole. L'expression reste négative, le cathétérisme est négatif.

25 novembre : Au matin, les symptômes locaux persistent.

On pratique une nouvelle exploration des alvéoles. Au cathétérisme de l'alvéole de la 3e molaire, on trouve la perforation siégeant à la face interne du maxillaire. Le pus sort alors en abondance par l'expression. La malade se sent immédiatement soulagée.

27 Novembre : Les douleurs ont disparu. Le gonflement a considérablement diminué. L'induration persiste surtout au plancher de la bouche. L'expression qui a été répétée 4 fois par jour ne ramène que peu de pus. La malade sort, sur sa demande, de l'hôpital.

1er Décembre : Vue à la consultation. La malade ne souffre plus. Il persiste de l'induration du plancher de la bouche. L'expression ne ramène plus de pus.

La malade revue guérie fin Décembre.

Obs. 16. — C... Jules, 52 ans, marchand de vins. Envoyé de Laënnec, le 4 Mai, à la consultation de Lariboisière. Souffrait depuis 8 jours environ. Phlegmon cervical avec perte de substance dans la région sous-maxillaire gauche. Cette perte de

substance a un caractère sphacélique, d'une odeur fétide très intense. Il en part de vastes décollements se dirigeant en bas et à droite. T. : 38°2. P. : 100. Etat général grave. U : albumine.

Opération immédiate. — Anesthésie générale : chloroforme. On nettoie le foyer rempli de tissus sphacélés et putrides. On débride largement le décollement cutané depuis le bord inférieur de la mandibule jusqu'à l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien droit. On inspecte la bouche et on découvre une carie de la 2e molaire inférieure gauche. Avulsion de cette dent ; du pus sort par l'alvéole. On cathétérise l'alvéole, *le stylet pénètre dans un trajet intra-osseux qui se fait jour sur le rebord basilaire.*

4 au 8 Mai : L'état général reste grave. T. : oscille entre 38°4 et 39°2. Pansements humides chauds à l'eau oxygénée et renouvelés toutes les 4 heures. Détersion des surfaces sphacélées.

8 au 15 Mai : Amélioration considérable des symptômes généraux et locaux. La plaie bourgeonne, le malade est en voie de guérison. T. : oscille entre 37°2 et 37°9.

15 au 24 Mai : Amélioration continue. T. : 37°, 37°2.

24 Mai : T. 39°4. Broncho-pneumonie, diffuse, bilatérale.

28 Mai : Le malade meurt.

Obs. 17. — G... Gaston, 36 ans. Se présente le 28 Juin 1918 à la consultation de Lariboisière. Souffrait des dents depuis 7 jours. Il y a trois jours apparition d'une fluxion. Le malade est porteur d'une tuméfaction fluctuante de la région angulo-maxillaire gauche, s'étendant en haut dans la face jusqu'au niveau de l'horizontale passant par le lobule de l'oreille ; en avant jusqu'à la verticale de la commissure labiale gauche ; en bas les limites sont moins nettes et s'étendent jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Le sillon gingivo-jugal est libre, douloureux à la pression, surtout dans son segment postérieur. Le plancher de la bouche est moins souple du côté gauche et à la partie toute postérieure de la branche horizon-

tale, on perçoit une tuméfaction rénitente. L'examen minutieux de la dentition permet de reconnaître l'existence d'une carie du 3e degré à la face postérieure de la 3e molaire inférieure gauche. Cette dent est sensible à la chaleur, légèrement douloureuse à la pression et très légèrement mobile.

Sous chlorure d'éthyle général on pratique l'avulsion de la dent cariée, le pus ne sourd pas à l'alvéole, même à la suite d'expression de la poche. La cavité est explorée minutieusement et on ne trouve pas d'orifice de communication.

Le malade ne pouvant rester dans le service le jour même, on décide de s'en tenir là et de pratiquer le lendemain un examen chirurgical sous anesthésie générale plus prolongée.

29 Juin : Le malade entre dans le service de M. le Professeur Sebileau, Salle Bertin.

Anesthésie générale : début par du chlorure d'éthyle, prolongée ensuite au chloroforme. Le curettage de l'alvéole et une nouvelle exploration ne donnent aucun résultat. On incise alors la collection à son point culminant. Aussitôt les plans superficiels incisés, le pus s'écoule, on explore la cavité et on constate que la face interne du maxillaire est dénudée ainsi que le bord basilaire et la face externe. Une exploration minutieuse de toute la surface osseuse dénudée ne permet pas de préciser l'orifice de communication. Suites normales, drain petit pendant 48 heures. Pansement à plat consécutif.

Le malade sort guéri le 5 Juillet.

Obs. 18. — *Communiquée par M. le Docteur Dufourmentel.* — N..., vu le 16 Août 1918 au Centre maxillo-facial de Rennes. Collection sous-maxillaire gauche volumineuse. Carie de la dent de 6 ans de ce côté. Les autres dents sont saines. Extraction de la dent. Aucune issue de pus par l'alvéole. Cependant un stylet pénètre jusque dans la collection par un pertuis étroit sans rencontrer de résistance. Il arrive jusque sous la peau. Malgré cela, l'expression, les malaxations de la poche ne parviennent pas à faire remonter le pus qui est à

fleur de peau. Incision de la muqueuse par manque d'opiniâtreté. Autre point remarquable : aucune douleur au niveau de la dent, aucune trace d'irritation gingivale mais, au toucher, correspondance nette entre la collection et la région de la dent infectée.

Suites normales.

Obs. 19. — G..., Emile, 25 ans, infirmier. Vu le 3 Décembre 1918 à la consultation pour une tuméfaction cervicale supérieure.

15 Novembre : Mono-arthrite apicale de la dent de sagesse inférieure gauche. Dans les jours suivants, apparition d'une tuméfaction sous-maxillaire ayant les caractères d'un adénophlegmon. Diagnostic posé en dehors du service, et le malade a été soumis le 30 Novembre au traitement classique de l'incision cutanée.

3 Décembre : Le malade est envoyé à la consultation de M. le Professeur Sebileau. L'exploration de la bouche montre une carie complète des molaires inférieures gauches presque complètement découronnées et englobées dans une masse de tartre. La percussion et la pression de la dent de sagesse sont douloureuses. Le cul-de-sac gingivo-jugal est libre. Le plancher de la bouche est induré et douloureux. La pression amène du pus par l'incision.

5 Décembre : Anesthésie générale : chloroforme. L'incision cutanée est presque fermée. Avulsion de la dent de sagesse inférieure gauche, difficile à cause du peu de prise. Du pus sort par l'alvéole, peu abondant et mélangé de sang. Le cathétérisme de l'alvéole après curettage permet de trouver la perforation. On profite de l'anesthésie générale pour faire une toilette générale de la bouche et enlever toutes les dents cariées et malades.

6 Décembre : L'expression amène du pus par l'alvéole. L'incision cutanée est presque cicatrisée. Il persiste de l'induration très marquée du plancher de la bouche.

12 Décembre : L'expression ne ramène plus de pus. Les alvéoles sont comblés; l'induration persiste très marquée.

Janvier 1919 : Le malade complètement guéri, seul persiste un léger degré d'induration du plancher de la bouche au voisinage du maxillaire.

Obs. 20. — F... Gabrielle, 25 ans. Se présente le 19 Octobre à la consultation de l'hôpital Lariboisière : *Tuméfaction sous-mandibulaire volumineuse ayant été incisée.*

3 Octobre : Poussée de mono-arthrite apicale au niveau de la dent de 6 ans inférieure droite qui est cariée depuis longtemps.

5 Octobre : Apparition d'une fluxion. Dans les jours qui suivent, l'empâtement gagne la région sous-maxillaire, la malade souffre beaucoup; elle souffre, dit-elle, pour déglutir. Néanmoins, ce n'est que le 10 Octobre qu'elle va consulter un chirurgien qui, ayant diagnostiqué un adéno-phlegmon sous-maxillaire, l'incise parallèlement au bord inférieur de la mandibule sur une longueur de 3 centimètres environ. L'incision donne issue à du pus fétide et soulage momentanément la malade.

Ce n'est que le 19 Octobre que la malade vient à la consultation de M. le Professeur Sebileau, parce qu'elle souffre encore et que la suppuration persiste.

Il existe au moment de l'examen une tuméfaction très étendue et ligneuse occupant toute la région sus-hyoïdienne latérale droite. Cette induration se prolonge en haut jusqu'au bord inférieur du maxillaire avec lequel elle fait corps sans l'englober totalement. En effet, la face externe de la mandibule est libre. Le sillon gingivo-jugal est absolument libre et indolore. Le plancher de la bouche est dur, mais l'induration est nettement prédominante dans le segment externe.

Le palper bi-digital permet de limiter la collection et d'en sentir la rénitence. Ces manœuvres amènent l'écoulement du pus par l'incision.

Au point de vue dentaire, il existe une carie pénétrante de la dent de 6 ans inférieure droite, qui est très douloureuse à la pression et légèrement mobile. On porte le diagnostic d'ostéo-périostite de la face interne du maxillaire inférieur.

20 Octobre : *Opération.* — Anesthésie générale : Chlorure d'éthyle. Avulsion facile de la dent cariée ; l'exploration de l'alvéole montre une perforation de la face interne de l'alvéole, l'expression ramène un peu de pus.

21 Octobre : Il y a du sang dans le pansement de la plaie cutanée. L'expression ramène du pus par l'alvéole et du pus mêlé de sang par l'incision cutanée.

22 Octobre : A l'expression, pus par l'incision et par l'alvéole.

24 Octobre : La malade sort ; l'expression ne ramène plus de pus. La plaie cutanée suinte et le stylet touche sur de l'os dénudé.

30 Octobre : La malade est vue à la consultation ; elle ne souffre plus. Il persiste une petite fistule cutanée conduisant sur de l'os dénudé. Depuis cette date, la malade n'a pu être suivie, elle n'est pas revenue à la consultation. Nous avons tout lieu de la croire guérie.

Obs. 21. — G..., 27 ans, fille de salle. Entre à la Pitié dans le service de M. le Dr Arrou, le 14 Avril 1919, pour « abcès dentaire ». Il y a un mois, la malade a souffert de la 2e molaire inférieure droite. Douleur continue « comme des névralgies » dit-elle, sensation d'allongement de la dent. Tuméfaction dans la région sous-maxillaire droite. Une douzaine de jours après, petite tuméfaction sous-maxillaire « *mobile* » au dire de la malade. Augmentation rapide du volume de la tuméfaction. Vers le *4 Avril*, trismus augmentant progressivement.

12 Avril : Vue à la consultation externe avec tuméfaction dure, ligneuse, douloureuse, siégeant uniquement dans la région sous-maxillaire. Trismus intense empêchant tout

examen du plancher de la bouche. Le sillon gingivo-jugal est libre. Douleur à la pression sur la dent de 12 ans.

14 Avril : Anesthésie générale : chloroforme. Ouverture pénible de la bouche. On enlève une prothèse préexistante de la mâchoire supérieure. Ablation facile de la dent de 12 ans qui présente une carie pénétrante. Le pus s'écoule par l'alvéole. Expression répétée dans la soirée.

15 Avril : Deux expressions complètes faites dans la journée. Dans l'intervalle, la malade évacue fréquemment sa collection.

16 Avril : La malade sort. L'expression ne ramène plus que quelques gouttes de pus.

17 Avril : Aucune suppuration. Il persiste un léger épaississement du rebord du maxillaire et de l'angle de la mâchoire avec un léger degré de trismus.

20 Avril : Le trismus a disparu ; l'induration persiste légère.

Obs. 22. — *Communiquée par M. le Docteur Fl. Bonnet-Roy.* — A..., Louis, maréchal des logis au 45e régiment d'artillerie. 1er Juillet 1918 : Entre à l'ambulance pour tuméfaction angulo-maxillaire droite formant corps avec le bord basilaire de l'os sans limites périphériques nettes. La dent de sagesse inférieure aurait été enlevée le 26 Juin. Les dents de 6 et de 12 ans manquent depuis longtemps. T. : 39°5. Trismus intense. Dysphagie.

2 Juillet : Symptômes physiques et fonctionnels persistent, T. : 39°.

Opération : Anesthésie générale. Chloroforme. On explore l'alvéole de la dent de sagesse qui est bien complètement vide de son contenu. Mais la collection n'a pas été drainée. Elle s'est développée en dehors de l'angle de la mâchoire et de la branche montante, ce qui explique le peu de réaction extérieure et la réaction vive du pilier antérieure (diagnostic avec phlegmon péri-amygdalien). Un peu de pus sourd par un étroit pertuis à la face interne de l'alvéole de la dent de

sagesse. On assure son évacuation large en agrandissant le pertuis à la pince. 3 Juillet : T. : 37°8. Le trismus et la dysphagie diminuent.

9 Juillet : Température normale depuis deux jours. Le malade part en permission.

OBSERVATIONS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DES FACES EXTERNE ET INTERNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Ayant guéri par l'avulsion dentaire suivie d'expressions répétées :

Observations : 23, 24, 25, 26.

OBSERVATIONS

Obs. 23. — B..., Madeleine, 18 ans, couturière. Odontalgie de la dent de 6 ans inférieure gauche. Fluxion le 3 Décembre 1918.

11 Décembre : Vient à la consultation. Empâtement marqué des faces externe et interne de la mandibule. L'induration descend dans la région sous-maxillaire, et à sa surface on sent deux petits ganglions roulant sous le doigt.

12 Décembre : Anesthésie générale : chlorure d'éthyle.

Avulsion de la dent de 6 ans inférieure gauche, facile. Peu de pus immédiatement après l'avulsion. L'expression et le cathétérisme sont négatifs.

13 Décembre : Malade très amélioré. La tuméfaction s'est affaissée, tant sur la face externe que sur la face interne. L'expression ne ramène que peu de pus.

15 Décembre : La malade est guérie.

Obs. 24. — R... Henri, 18 ans, étudiant. Carie de la 2e molaire inférieure gauche ayant entraîné le 20 Juillet 1918 une arthrite alvéolo-dentaire. Avulsée le 25 Juillet au service de stomatologie de Lariboisière, alors que débutait une ostéo-périostite phlegmoneuse.

26 Juillet : 39°; frissons, évacuation de pus par l'alvéole.

1er Août : Est présenté à la consultation de M. le Professeur Sebileau. T. : 39°. P. : 106. Tuméfaction cervico-faciale énorme,

rouge, chaude et douloureuse. Trismus très serré. Le cul-de-sac gingivo-jugal est effacé et douloureux. Le plancher de la bouche est résistant et douloureux. La pression sur la tuméfaction fait sourdre en abondance du pus par l'alvéole. On pratique alors une expression, douce, puis profonde et complète de la poche.

2 Août : Expression complète bi-quotidienne et dans l'intervalle de fréquentes pressions pratiquées par le malade lui-même et accompagnées de lavages de bouche. T. : 38°5, P. : 90.

3 Août : Même traitement. Apparition d'une éruption scarlatiniforme non accompagnée d'angine.

4 Août : Angine, éruption nette, pas d'albumine.

5-6 Août : Même traitement local; l'empâtement sous-maxillaire persiste.

7 Août : L'éruption pâlit.

L'empâtement sous-maxillaire diminue légèrement et l'expression amène un affaissement complet de la poche après une issue facile de pus fétide.

9 Août : T : 37°8. Ecoulement du pus. L'expression ramène beaucoup moins de pus.

11 Août : T. : 37°2. L'expression ne ramène plus de pus; il persiste une induration ligneuse du plancher de la bouche.

20 Août : Le malade part à la campagne. Il persiste une induration encore marquée dans la région sous-maxillaire, collée à l'os, dure, mais non douloureuse.

Obs. 25. — L..., Jeanne, 32 ans, cuisinière. Souffre des dents depuis 4 ans.

Depuis Août 1918, début de sa grossesse, poussées de mono-arthrite apicale fréquentes avec petits abcès de la gencive s'étant évacués spontanément.

3 Mai 1919 : Nouvelle poussée.

4 Mai : Apparition d'une fluxion.

9 Mai : Entré à midi à la Pitié dans le service de M. le

Docteur Arrou. Tuméfaction cervico-faciale droite, d'aspect phlegmoneux, remontant en haut jusqu'au lobule de l'oreille débordant l'angle de la mâchoire en arrière et en bas dans la région rétro-angulo-maxillaire. Gêne de la déglutition. Trismus serré. Le cul-de-sac gingivo-jugal est comblé.

Intervention : Anesthésie générale. *Chloroforme* à cause du trismus. On peut alors explorer le plancher de la bouche qui est induré et soulevé dans son segment externe, on découvre alors une carie du 4° degré sur la face externe de la couronne de la dent de sagesse inférieure droite. Avulsion de la dent. Dès que celle-ci est mobilisée avant même qu'elle ait été extraite de la bouche, issue d'un flot de pus fétide qui est abstergé complètement. La malaxation de la poche et l'expression ramène du pus par l'alvéole.

En raison de l'état de grossesse avancée de la malade qui est à terme, et pour ne pas prolonger outre mesure l'anesthésie, on remet à une autre séance l'avulsion des nombreux chicots qu'elle présente.

Le soir : La tuméfaction cervicale n'a pas diminué. L'expression ne ramène que peu de pus mais évacue un hématome volumineux. Curage doux de l'alvéole avec un tampon monté.

10 Mai : La malade passe à la Maternité où on continue ses expressions.

15 Mai : Accouchement normal. L'expression amène encore du pus fétide en abondance.

20 Mai : La suppuration alvéolaire diminue.

30 Mai : La suppuration est tarie complètement ; seule persiste une induration.

1er Septembre : La malade a subi à la consultation de stomatologie un nettoyage complet de la bouche ; dans le mois d'Août, elle vient nous consulter pour une collection jugale superficielle, aucun point douloureux au niveau du maxillaire. Ponction au bistouri fin.

10 Septembre : La malade est complètement guérie.

Obs. 26. — *Communiquée par M. le Docteur F. Bonnet-Roy.* — M..., Marius; caporal au 1er tirailleurs marocains. Entre à l'ambulance le 9 Juillet 1918 avec le diagnostic : « abcès dentaire ». Le début remonte à 10 jours. Actuellement, tuméfaction massive et pseudo-phlegmoneuse de la région mandibulaire et sous-maxillaire droites. Trismus intense. On porte, après l'examen de la cavité buccale, le diagnostic d'ostéo-périostite phlegmoneuse péri-mandibulaire. T : 39°5.

Intervention : Anesthésie générale : Chloroforme. Avulsion de la dent de sagesse qui révèle une carie du 4e degré. Un flot de pus fétide se fait jour par l'alvéole. L'écoulement en est accru par l'expression de la tuméfaction extérieure.

10 Juillet : Œdème de l'hémiface droite. T : m. 39°; s. 38°.

11 Juillet : La tuméfaction faciale a à peu près complètement disparu. La défervescence thermique est complète. Le trismus a notablement diminué.

12 Juillet : Les phénomènes locaux et généraux sont en voie de régression rapide.

CONCLUSIONS

Les notions nouvelles que nous avons exposées dans cette étude, au point de vue du diagnostic et du traitement des phlegmons péri-mandibulaires d'origine dentaire, notions que nous avons reçues de M. le Professeur Sebileau, et les observations que nous avons relatées à l'appui de ces notions, nous autorisent pleinement à tirer les conclusions suivantes :

1° Les suppurations péri-mandibulaires secondaires à une carie dentaire sont des périostites phlegmoneuses qui peuvent se collecter en un point quelconque des faces externe ou interne du maxillaire inférieur. La localisation antérieure ou postérieure est commandée par le siège de la dent cariée.

2° C'est la périostite phlegmoneuse de la face interne du maxillaire inférieur que l'on a décrite comme adénophlegmon, sous-maxillaire, sous-angulo-maxillaire ou sus-hyoïdien, secondaire à une lésion dentaire.

Ces adéno-phlegmons n'existent pas en tant que complications de la carie dentaire.

3° Dans la périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur, la collection périphérique communique toujours avec l'alvéole de la dent infectée qui est le point de départ de l'affection.

4° Le traitement est l'avulsion dentaire suivie d'expression répétée de la poche. C'est seulement lorsque l'échec de cette méthode est indiscutable que l'on est autorisé à inciser la collection.

Vu : le Président,
SEBILEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Amoëdo. — Traité d'anatomie humaine Poirier et Charpy, *T. IV, fasc. 3,* Paris, 1905.

Arrou (I.) et Fredet (P.). — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet : *fasc. XXI,* Paris 1913.

Brockaert de Gand. — « Phlegmon du cou d'origine bucco-pharyngienne » : *Arch. Intern. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie,* 1908, n° 5. T. XXVI, Paris.

Chassaignac. — Traité pratique de la suppuration. *T. II. V.*, Paris, 1859.

Duplay, Rochard, Demoulin. — *Manuel de diagnostic chirurgical.* Paris 1911.

Dufourmentel (L.) et Frisson (L.). — « Septicémies d'origine bucco-dentaire ». *Presse Médicale,* 1918, n° 45, Paris.

De La Personne. — Société Française d'Ophtalmologie, 1902.

Escat. — « De l'abcès périostique juxta-amygdalien ou abcès périostique odontogène localisé à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur ». *Arch. Intern. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie,* 1908, n° 1, T. XXVI, Paris.

Fargin-Fayolle. — Fistules alvéolaires. *Traité de Stomatologie T. V,* Paris, 1911.

Forgue, — Précis de Path. Ext. *T. II, p. 180,* Paris.

Frey (L.) et Lemerle (G.) — *Pathologie des dents et de la bouche,* Paris, 1916.

Gosselin. — Cliniques chirurgicales de la Charité. *T. II*, Paris, 1879.

Hartmann. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus. *T. V*, *p. 378*, Paris, 1891.

Kirmisson. — Leçon clinique : « ostéite du maxillaire inférieur » (*Progrès Médical*, 5 Janvier 1914).

Lebedinsky. — Adénites cervicales. *Traité de Stomatologie*, *T. V*, Paris, 1911.

Lejars. — Leçons de Chirurgie, Masson, Paris, 1895.

Mauclaire (P.). — « Phlegmon et abcès du cou ». (*Progrès Médical*, 25 Avril 1914).

Meyer. — Topographie des ganglions des régions sous-maxillaires et parotidiennes. *Th. Paris*, 1913.

Monod (I.). — Revue de stomatologie. Juin 1910.

Morestin. — Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet *fasc. XV*, Paris, 1898.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 7 Juillet 1909.

— *Presse Médicale*, n° 34, 1913.

Ombredanne. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, *fascicule XVI*, Paris, 1919.

Pietkeiwiez. — *Revue de stomatologie* (Avril 1908).

Pogglioni (Sienne). — « La Clinica Chirurgica » *T. XXI*, *N. 5*. Commentaire *P. Fredet* : *Journal de Chirurgie*, 1913, T. I, p. 191.

Poirier et Charpy. — Traité d'anatomie humaine : *ostéologie T. I*, Paris, 1899.

Preiswerk. — Atlas manuel des maladies des dents et de la bouche. Edit. Franç., Traduct. Chompret, Paris, 1905.

Sebileau (P.). — Les différentes formes de la septicémie buccale (*Presse Médicale*, 1901, n° 10).

— (*Société de Chirurgie*, Séance du 31 Octobre 1917).

Walther. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus. *T. V*, *p. 677*, Paris, 1891.

Coulommiers. — Imp. DESSAINT et Cie. — 12-19